

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE  
L'AMNÉSIE ÉPILEPTIQUE  
dite « RETARDÉE »

---

THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Samedi 4 Mars 1922*

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**MERLAND Pierre-André**

INTERNE DES HOPITAUX

*né le 1<sup>er</sup> Octobre 1896, à Charolles (Saône-et-Loire)*

|                            |   |                                      |            |
|----------------------------|---|--------------------------------------|------------|
| EXAMINATEURS DE LA THÈSE : | { | MM. HAUSHALTER, professeur . . . . . | Président. |
|                            |   | L. SPILLMANN, professeur . . . . .   | Juges.     |
|                            |   | RICHON, agrégé . . . . .             |            |
|                            |   | PERRIN, agrégé . . . . .             |            |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

---

NANCY

IMPRIMERIE A. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

—  
1922



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE  
L'AMNÉSIE ÉPILEPTIQUE  
dite « RETARDÉE »

---

THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Samedi 4 Mars 1922*

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**MERLAND Pierre-André**

INTERNE DES HOPITAUX

*né le 1<sup>er</sup> Octobre 1896, à Charolles (Saône-et-Loire)*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

|   |                                      |            |
|---|--------------------------------------|------------|
| { | MM. HAUSHALTER, professeur . . . . . | Président. |
|   | L. SPILLMANN, professeur . . . . .   | Juges.     |
|   | RICHON, agrégé . . . . .             |            |
|   | PERRIN, agrégé . . . . .             |            |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur  
les diverses parties de l'enseignement médical.

---

NANCY

IMPRIMERIE A. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

1922

# UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

*Doyen* : M. E. MEYER, O ✱, I ☉.

*Assesseur* : M. WEISS, O ✱, I ☉.

*Doyen honoraire* : M. F. GROSS, O ✱, I ☉.

*Professeurs honoraire*s : MM. NICOLAS, ✱, I ☉; PRENANT, ✱, I ☉;  
F. GROSS, O ✱, I ☉; CHRÉTIEN, I ☉; HERRGOTT, O. ✱, I ☉.

## Professeurs.

|                                                      |                          |
|------------------------------------------------------|--------------------------|
| Clinique chirurgicale.....                           | M. WEISS, O ✱, I ☉.      |
| Chimie médicale et toxicologie.....                  | M. GARNIER, I ☉.         |
| Hygiène.....                                         | M. MACÉ, ✱, I ☉.         |
| Physiologie.....                                     | M. E. MEYER, O ✱, I ☉.   |
| Clinique médicale.....                               | M. SIMON, ✱, I ☉.        |
| Histoire naturelle médicale.....                     | M. VUILLEMIN, I ☉.       |
| Médecine légale.....                                 | M. P. PARISOT, O ✱, I ☉. |
| Clinique des maladies des enfants.....               | M. HAUSHALTER, ✱, I ☉.   |
| Anatomie pathologique.....                           | M. HOCHÉ, ✱, I ☉.        |
| Clinique médicale.....                               | M. ETIENNE, ✱, I ☉.      |
| Clinique chirurgicale.....                           | M. VAUTRIN, ✱, I ☉.      |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..... | M. L. SPILLMANN, ✱, I ☉. |
| Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie..... | M. FRÉLICH, ✱, I ☉.      |
| Physique médicale.....                               | M. LAMBERT, I ☉.         |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....          | M. FRUHHINSHOLZ, ✱, I ☉. |
| Histologie.....                                      | M. COLLIN, ✱, I ☉.       |
| Anatomie descriptive.....                            | M. LUCIEN, ✱, I ☉.       |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....               | M. JACQUES, ✱, I ☉.      |
| Clinique des voies urinaires.....                    | M. ANDRÉ, ✱, I ☉.        |
| Médecine opératoire.....                             | M. MICHEL, ✱, I ☉.       |

## Chargés de cours complémentaires.

|                                                      |                                  |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Clinique chirurgicale élémentaire (1).....           | M. MICHEL, ✱, I ☉.               |
| Clinique des maladies des vieillards.....            | M. RICHON, ✱, I ☉, agrégé libre. |
| Pathologie interne.....                              | M. RICHON, ✱, I ☉, agrégé libre. |
| Accouchements (cours théorique).....                 | M. S. RÉMY, I ☉, agrégé libre.   |
| Clinique des maladies tuberculeuses (1) ..           | M. PERRIN, I ☉, agrégé.          |
| Thérapeutique.....                                   | M. PERRIN, I ☉, agrégé.          |
| Clinique des maladies tuberculeuses (1) ..           | M. J. PARISOT, O ✱, I ☉, agrégé. |
| Pathologie expérimentale et pathologie générale..... | M. J. PARISOT, O ✱, I ☉, agrégé. |
| Pathologie externe.....                              | M. BINET, I ☉, agrégé.           |
| Clinique médicale élémentaire (1).....               | M. L. CAUSSADE A ☉, agrégé.      |
| Clinique ophtalmologique.....                        | M. JEANDELIZE, agrégé.           |
| Clinique d'électrothérapie.....                      | M. N.                            |
| Clinique des maladies mentales.....                  | M. N.                            |

## Agrégés en exercice

|                  |                           |                  |
|------------------|---------------------------|------------------|
| MM. ROBERT, I ☉. | MM. J. PARISOT, O ✱, I ☉. | MM. JOB, ✱, A ☉. |
| BINET, I ☉.      | FAIRISE, A ☉.             | JEANDELIZE.      |
| PERRIN, I ☉.     | L. CAUSSADE, A ☉.         | P. MATHIEU, A ☉. |
| THIRY, ✱, I ☉.   | BARTHÉLEMY, ✱, A ☉.       |                  |

## Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O ✱, I ☉; G. GROSS, ✱, I ☉; RICHON, ✱, I ☉;  
S. RÉMY, A ☉; BUSQUET, I ☉.

M. H. COIFFARD, I ☉, Secrétaire.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✱, ☼, I ☉, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

*La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.*

*A mon Père — A ma Mère*

*Témoignage bien faible de ma profonde reconnaissance  
et de ma tendresse infinie.*

*A la mémoire de mon Frère,  
le Docteur Louis Merland,  
Médecin Aide-Major de 1<sup>re</sup> classe,  
Mort pour la France le 17 juillet 1918.*

*Pieux souvenir d'amour fraternel.*

*A la mémoire de mon Ami  
Gabriel Buelllet,  
Etudiant en droit,  
Sergent-Pilote aviateur,  
Tué à l'ennemi le 25 août 1916*

*Qui fut pour moi comme un frère.*

*A mon Président de thèse :  
Monsieur le Docteur Haushalter,  
Professeur de Clinique médicale infantile,  
Chevalier de la Légion d'honneur.*

*A mes Juges :  
Monsieur le Docteur Spillmann,  
Professeur de Clinique des maladies syphilitiques  
et cutanées,  
Chevalier de la Légion d'honneur.*

*Monsieur le Docteur Richon,  
Professeur agrégé de Clinique des maladies des vieillards,  
Chevalier de la Légion d'honneur.*

*Monsieur le Professeur agrégé Perrin,  
Chargé du Cours de thérapeutique,  
Médecin de l'Hôpital Villemin.*

## INTRODUCTION

On a depuis longtemps comparé l'état délirant épileptique au rêve : il arrive fréquemment que l'on se rappelle en s'éveillant un songe fait pendant la nuit, pour l'oublier au bout de quelques instants. De même on peut observer chez un épileptique, à la suite d'un accès d'épilepsie psychique, une intégrité presque complète de la mémoire. Mais quelques heures ou même quelques jours après, le souvenir de l'accès disparaît définitivement. C'est l'amnésie épileptique « retardée ».

La réalité de cette amnésie n'est plus contestée en Italie, ni en Allemagne, mais en France elle n'est pas encore généralement admise. C'est sans doute que le nombre de cas publiés est très faible et qu'on les rencontre en grande partie dans la littérature médicale étrangère.

Nous nous sommes efforcé de réunir et d'étudier toutes les observations d'amnésie épileptique retardée qui nous ont paru vraiment concluantes, à l'exception de celles ont paru vraiment concluantes, négligeant celles dont l'imprécision pouvait rendre l'interprétation discutable.

Nous n'avons pas eu l'intention de diminuer l'importance de l'amnésie dans le diagnostic des équivalents épi-

leptiques, mais nous avons simplement voulu démontrer, fait capital au point de vue médico-légal, que même lorsqu'il s'agit de troubles comitiaux, il n'y a pas de règle absolue, et qui ne soit susceptible de quelques exceptions.

C'est à notre excellent Maître, M. le docteur PARIS, médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Maréville, que revient l'idée première de cette thèse. C'est lui qui présida à nos recherches et nous apporta des documents précieux pour l'édification de ce modeste travail, nous faisant ainsi généreusement bénéficier des résultats de son expérience personnelle. Nous lui adressons l'hommage de notre profonde gratitude pour ses conseils et pour ses savantes leçons cliniques qui nous furent si précieuses.

Nous sommes heureux que la tradition nous permette, avant d'aborder notre sujet d'exprimer toute notre reconnaissance aux Maîtres des Facultés de Paris et de Nancy, qui nous ont guidé dans nos études médicales, et dont les exemples de dévouement ont contribué à nous faire aimer notre profession.

Monsieur le Professeur HAUSHALTER nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous gardons de son enseignement si vivant, de son indulgente bonté et de la sollicitude affectueuse dont il nous a entouré pendant notre externat, le meilleur des souvenirs. Nous sommes heureux de lui renouveler aujourd'hui l'hommage de notre gratitude et de notre profond respect.

Nous nous rappellerons toujours avec quelle bienveillance M. le Professeur SPILLMANN nous accueillit dans son service durant notre internat. Nous avons su apprécier l'enseignement pratique qu'il nous donnait à l'Hôpital Maringer dans ses causeries fines et documentées. Nous

lui apportons ici l'assurance de notre dévouement et de notre affectueuse reconnaissance.

Je prie M. le Professeur Pierre PARISOT de vouloir bien agréer l'hommage de ma très respectueuse admiration. Il m'enseigna les premiers principes de la médecine légale, et il m'a toujours reçu avec une amabilité à laquelle j'ai été très sensible.

Nous avons aussi des sentiments tout particuliers de gratitude à l'égard de M. le Professeur agrégé RICHON qui n'a cessé de nous éclairer de ses conseils alors que nous étions externe, puis interne dans son service. Nous garderons toujours le souvenir de ses excellentes leçons et de sa parfaite bienveillance.

C'est avec le plus grand intérêt que nous avons suivi les excellentes leçons de thérapeutique de M. le Professeur agrégé PERRIN. Il nous est agréable de lui exprimer nos vifs remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en siégeant dans notre jury.

Nous offrons à MM. les Professeurs SIMON et FROELICH l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

M. le docteur MARTINOT, médecin de la maison de santé de Ville-Evrard, a eu l'amabilité de nous communiquer une observation très intéressante ; nous le prions d'agréer tous nos remerciements.

---



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## CHAPITRE PREMIER

### HISTORIQUE

Au milieu du siècle dernier, les psychiatres et les médecins légistes refusaient encore de reconnaître la nature comitiale des manifestations paroxystiques qui n'étaient pas suivies d'amnésie, même lorsque ces manifestations présentaient tous les autres caractères fondamentaux des accès de « petit mal ».

En 1868, LASÈGNE, BLANCHE et MOTET osèrent conclure que malgré l'intégrité de ses souvenirs, un inculpé soumis à leur examen avait agi sous l'influence d'un vertige épileptique et était irresponsable (1). LEGRAND DU SAULLE, à une époque à laquelle le dogme intégral de l'amnésie régnait encore en souverain maître, avait déjà, avec un grand sens clinique, prévu le danger qu'il y avait pour

---

(1) *Assassinat du Curé de la Loupe.* — In. : LEGRAND DU SAULLE. Etudes médico-lég. sur l'épilepsie. Un individu, qui depuis quelques jours était en proie à des hallucinations effrayantes, avait assassiné sans motifs un curé qu'il ne connaissait pas. Arrêté, il raconta son crime sans omettre aucun détail, et sans chercher à atténuer sa responsabilité.

le médecin expert à écarter du mal comitial toute amnésie qui n'était pas immédiate, absolue et définitive : « La mémoire de l'épileptique, disait-il, est comparable à un clavier qui tantôt aurait toutes ses notes justes, tantôt posséderait quelques notes fausses, tantôt même quelques notes muettes. C'est un instrument capricieux, inégal, infidèle. Il sert, il trompe, ou il trahit. »

Depuis, les travaux se sont multipliés, concernant cette intéressante question : HENNOcq, GUYOT, DUCOSTÉ, MAXWELL, GALYAING, RÉMOND et FONTAINE ont cité des cas d'impulsions épileptiques où la reviviscence de la crise se faisait avec une parfaite lucidité. DUCOSTÉ estimait en 1920 à une centaine, le nombre des observations irréfutables d'épilepsie consciente et mnésique. Aussi est-il aujourd'hui presque universellement admis que l'absence d'amnésie à la suite d'une crise paroxystique ne suffit pas pour permettre d'éliminer d'emblée l'hypothèse d'une attaque d'épilepsie larvée.

Dans les observations auxquelles nous venons de faire allusion, le souvenir existe immédiatement après l'accès de fureur, et il persiste ensuite indéfiniment.

Mais il arrive parfois qu'aussitôt après une impulsion de haute conséquence sociale, criminelle par exemple, un épileptique se rappelle l'acte qu'il a commis, et soit capable de le raconter dans ses moindres détails. Puis, après un temps qui peut varier de quelques minutes à quelques heures et même quelques jours, le malade oublie non seulement le fait lui-même, mais aussi le récit qu'il en a fait. C'est cette forme spéciale d'amnésie que l'on nomme amnésie retardée.

SAMT (1), en 1874, attira le premier l'attention des observateurs sur le souvenir éphémère qui persiste parfois avec une grande netteté à la suite d'attaques d'épilepsie larvée. Nous trouvons dans ses articles deux observations parfaites qui ne sont entachées d'aucun soupçon de supercherie.

Il semble bien que MAUDSLEY (2), Professeur de médecine légale à University Collège (Londres), dans son livre *Le Crime et la Folie*, ait entrevu la question qui nous occupe lorsqu'il disait, pages 222 et 226 : « D'autres fois, bien que l'épileptique cause et agisse comme s'il était pleinement conscient et maître de lui, il est visible qu'il n'a pas l'esprit dans son état normal.... Ces états de conscience particuliers, dont l'épileptique est le sujet, ne sont pas seulement d'un haut intérêt psychologique, ils ont encore une importance pratique au point de vue de la question de responsabilité. Il est clair, en effet, qu'un homme placé dans un état de conscience anormal peut commettre des actes dont il ne lui reste aucun souvenir lors du retour à l'état normal, et dont il ne serait pas juste de lui demander compte entièrement. »

En 1878, TAMBURINI (3), en Italie, fit ressortir le grand intérêt médico-légal qui s'attache à cette question, et apporta à l'appui de son étude des documents de valeur, mais cependant moins démonstratifs que ceux publiés par SAMT.

LEIDERSDORF (3), en Autriche, a noté avec précision

---

(1) SAMT. — *Archiv. für Psychiatrie*, vol. 5.

(2) H. MAUDSLEY. — *Le Crime et la Folie*. (Paris Baillière et C<sup>ie</sup>, 1877.)

(3) TAMBURINI. — *Rivista Sper. di Frénatria*, 1878.

(4) LEIDERSDORF. — *Wien. Med. Wockens*, 1881.

le caractère vague et éphémère de ces souvenirs post-paroxystiques. Peut-être même a-t-il un peu exagéré ces deux caractères : nous verrons en effet plus loin que le malade est souvent capable de faire un récit très complet de sa crise, et que l'amnésie survient parfois plusieurs jours après l'accès de fureur épileptique.

OTTOLENGHI (1) créa le mot d' « épilepsie retardée » et fit connaître deux cas bien observés, dont l'un notamment présente une grande importance au point de vue de notre étude.

MAXWELL (2), en 1903, s'attacha à démontrer qu'une telle amnésie, survenant après des aveux, ne saurait suffire à établir la simulation, et que l'expert, dans des cas de ce genre, devait toujours envisager la possibilité d'une amnésie retardée.

Il en a donné dans sa thèse une excellente description et a contribué pour une large part à faire pénétrer dans la médecine légale française la notion de l'amnésie retardée, qui n'est plus contestée en Italie et en Allemagne.

Nous trouvons enfin dans les *Annales Médico-Psychologiques* (déc. 1921) une observation très intéressante de MARTIMOR qui nous montre l'amnésie retardée faisant suite, non plus à une impulsion criminelle, mais à une simple « absence épileptique ». Ce cas présente au point de vue de la médecine judiciaire une importance d'autant plus grande que la sincérité du malade ne peut pas être mise en doute.

Malgré tant de travaux, l'amnésie épileptique retardée

---

(1) OTTOLENGHI. — *Epilepsia psychica*. Riv. Sper. di Frenatria, 1890-91.

(2) MAXWELL. — Thèse Bordeaux, 1903.

n'a pas encore droit de cité dans la science française : des médecins de haute valeur, dont l'autorité en matière de médecine légale est considérable, nous avons nommé BROUARDEL, MAGNAN et GARNIER, ont affirmé que l'épileptique ne peut oublier ce dont il s'est souvenu à un moment donné : « Il n'y a pas de raison clinique, disent-ils, pour que des souvenirs présents à l'esprit lors d'un premier interrogatoire n'y soient plus présents huit jours après. » Les mêmes auteurs n'hésitaient pas à considérer cette amnésie comme un système de défense et celui qui l'invoquait comme un simulateur.

Cette opinion ainsi formulée paraît aujourd'hui trop absolue. Sans doute l'amnésie est souvent simulée par des criminels vulgaires, et on ne compte qu'un petit nombre d'observations vraiment démonstratives d'amnésie épileptique retardée.

Mais nous ferons ressortir plus loin que ces observations existent et qu'elles établissent d'une façon indiscutable la réalité de ce trouble étrange de la mémoire.

---



## CHAPITRE II

### **Exposé des idées de Brouardel, Magnan et Garnier sur l'amnésie épileptique retardée**

Au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de Bordeaux, en 1895, GARNIER, analysant les manifestations de l'épilepsie psychique, conclut :

1°. Que toute impulsion liée à un paroxysme comitial est essentiellement caractérisée par l'inconscience, l'automatisme et l'amnésie ;

2°. Que l'impulsion épileptique ne peut exister en l'absence d'un seul de ces trois symptômes.

Le même auteur, dans un article sur les amnésies (1), s'exprime en ces termes : « En ce qui concerne l'épilepsie, le rapport existant entre elle et l'amnésie est si étroit et de notion si courante, que dès qu'une éclipse de la mémoire est signalée, l'esprit évoque immédiatement l'idée de l'épilepsie et de ses trois caractères essentiels. Et

---

(1) P. GARNIER. — *Les amnésies*. Bull. Méd., 1905.

cependant, ce grand fait, d'une importance si grande en médecine légale, de l'amnésie *obligatoire* pour tout acte compris dans un paroxysme comitial, est, il faut le dire, l'objet de quelques controverses :

MAXWELL dit : « Quo l'on est loin du temps où il n'y avait pas d'épilepsie sans inconscience et sans amnésie. »

Eh bien, Messieurs, je dois vous dire que tout en ayant examiné de la manière la plus attentive des milliers d'épileptiques, je suis encore à trouver un paroxysme psychique sans cette inconscience et cette amnésie. Je crois que cette question si capitale en médecine judiciaire a été troublée par l'apport de faits d'une interprétation très discutable. »

Nous trouvons enfin dans un remarquable rapport médico-légal de BROUARDEL, MAGNAN et GARNIER sur un cas d'épilepsie larvée simulée, l'affirmation que l'on ne peut accepter comme réelle une amnésie qui enlèverait à un inculpé le souvenir d'un acte qu'il a avoué et dont il a indiqué à ce moment les mobiles d'une façon précise.

Voici le résumé de cette observation et des commentaires qui la suivent :

#### OBSERVATION (Résumée)

BROUARDEL, MAGNAN et GARNIER

L'amnésie au point de vue médico-légal

(In *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, 1905)

Dans la soirée du 22 mai dernier, vers 6 heures, l'attention d'un voyageur qui occupait une voiture de 1<sup>re</sup> classe dans le train du chemin de fer de ceinture fut attirée au moment où le convoi venait de s'engager sous le tunnel du Père-Lachaise, par le cri de : « Au secours », parti du compartiment voisin. Il perçut presque aussitôt le bruit de plusieurs coups

de feu. Quelques secondes après, il entendit qu'on ouvrait la portière du compartiment et il lui sembla qu'un corps s'abattait sur la voie ferrée.

Convaincu qu'un drame venait de se dérouler près de lui, il voulut surveiller la personne qui s'apprêtait à quitter le compartiment d'où étaient venus les cris de détresse et les détonations.

En effet, il remarqua que la portière de cette voiture était ouverte avant l'arrêt du train et il vit un jeune homme sauter hâtivement sur le quai, dès l'entrée en gare, et se diriger vers la sortie. Il l'interpella et le somma de venir s'expliquer dans le bureau du chef de station.

Là, le jeune homme dut donner son nom : Dussollier, 21 ans. Néanmoins il fit bonne contenance, protesta avec énergie contre les mesures prises à son égard. En l'attente du commissaire de police, il s'assit, alluma une cigarette, tira un journal de sa poche et se mit à lire de l'air le plus tranquille.

Pendant ce temps, on découvrait sur la voie le cadavre d'une jeune fille qui portait à la tête la trace de deux coups de revolver.

Dussollier ne perdit pas son assurance, continua à protester de son innocence, déclarant ne pas connaître cette jeune femme, et se courrouçant contre ceux qui l'accusaient.

Cette assurance fut telle que lorsqu'on lui présenta une grammaire trouvée près du corps sur la voie ferrée, livre qui portait son nom et son adresse, il dit : « Cela ne signifie rien, il y a bien des femmes à qui j'ai prêté des livres. »

D... dut pourtant, à la fin, céder à l'évidence et fit alors cette déclaration fort nette : « C'est bien moi qui ai tiré sur cette jeune fille. »

Puis il entama le récit de sa liaison avec M<sup>lle</sup> Pons, liaison qui durait depuis deux ans, et il ajouta :

« Je n'ai jamais été son amant. Depuis quelque temps, j'avais de fréquentes discussions avec elle, et depuis un mois, je prévoyais le drame qui s'est déroulé ce soir. »

Il exposa que dans la journée ils étaient allés se promener

au Bois de Boulogne et qu'ils avaient eu là une de ces discussions qui éclataient souvent entre eux.

« Cette discussion s'est continuée dans le train où nous étions montés à la station de la porte Maillot. Mathilde me reprocha de m'avoir vu avec une autre femme et, à la station de Courcelles, je lui dis : « Qu'est-ce que tu dirais si je me faisais « sauter la cervelle. » Puis la discussion continua et lorsque nous arrivâmes sous le tunnel de Charonne, je lui dis : « Et qu'est-ce que tu dirais si je te faisais sauter la tête ? » Puis je fis feu sur elle à plusieurs reprises... Elle était adossée à la portière ; je n'ai eu qu'à ouvrir cette portière et le corps est tombé. J'ai voulu ensuite me tuer moi-même, mais le coup a raté. »

Il termina son récit par ces déclarations significatives :

« Depuis près de deux mois, malgré moi, j'étais poussé à une détermination extrême. Il fallait qu'elle disparût, ou moi, ou même les deux. Depuis quelques jours, la jalousie la colère et je ne sais quoi hantaient mon cerveau au point de me rendre malade. Ni lundi ni mardi je n'ai pu rendre à mon bureau. »

L'inculpé ne reconnut pas s'être muni d'un revolver dans la pensée que le moment était venu de cette « détermination » dont il a lui-même parlé. Il prétendit qu'il avait l'habitude de se munir de cette arme.

À l'instruction, l'inculpé affirma n'avoir aucun souvenir de ce qui s'était passé dans le train du chemin de fer de ceinture et à la gare de Charonne. Lecture lui fut donnée de ses propres déclarations... il prétendit qu'il ne se rappelait pas les avoir faites.

« Je ne me souviens de rien, dit-il, après avoir pris le train à la porte Maillot... Puis c'est dans la voiture cellulaire qui m'a conduit ici que mes souvenirs recommencent. »

Le défenseur de D... demanda au juge d'instruction de bien vouloir faire procéder à un examen mental du prévenu.

En ce qui concerne le trouble de la mémoire, les savants experts font les remarques suivantes :

Quant à l'amnésie invoquée par D..., il importe de rappeler qu'elle s'est traduite ici d'une manière bien insolite..

En effet, après avoir nié avec autant d'assurance que d'énergie sa culpabilité, il dut changer d'attitude devant l'évidence des faits. Il décrivit alors la scène du meurtre et indiqua les mobiles passionnels, la jalousie, la colère, qui l'avaient poussé à tuer M<sup>lle</sup> P...

Sans doute, les mobiles mis en avant ont paru hors de proportion avec la gravité de l'acte, mais c'est là un fait de rencontre très ordinaire en criminologie.

Quoi qu'il en soit, *l'homme qui avait ainsi raconté et expliqué son crime pouvait-il cliniquement se transformer tout d'un coup en un autre homme soudainement privé de mémoire relativement à ce meurtre que sa conscience avait connue puisqu'il en avait déduit les motifs.*

De telles conditions, aussi variables et contradictoires, sont en absolue opposition avec ce qu'on sait sur l'amnésie en général et sur l'amnésie épileptique en particulier.

Si D... avait tué M<sup>lle</sup> P... sous l'empire d'un vertige comitial lui enlevant la conscience — et partant la mémoire — de son acte, à aucun moment il n'aurait été en mesure de s'en souvenir et de s'en expliquer...

Combien il s'est différencié par une telle attitude de l'épileptique dont une impulsion soudaine inconsciente, aveugle, vient d'armer le bras... On le trouve d'ordinaire hébété sur le théâtre du crime... L'accès est généralement fort court et dès qu'il a pris fin le malade semble sortir d'un rêve... il ne se souvient de rien. Et d'ailleurs, l'acte ayant été commis en pleine inconscience, il n'y a pas à attendre qu'il fasse l'objet d'une opération de mémoire, à n'importe quel moment.

En faisant le récit que l'on sait, en indiquant les circonstances de la scène du meurtre, en racontant ce qu'il avait fait après le crime, en fournissant les mobiles de son acte, D... s'est bien évidemment enlevé la possibilité de prétendre avec quelque apparence de vraisemblance, à une amnésie relative précisément à tous ces faits exposés par lui.

BROUARDEL, MAGNAN et GARNIER estiment que D... n'est pas épileptique et que son crime n'a pas été commis sous l'influence d'un vertige comitial.

Les événements confirmèrent plus tard ces conclusions : Devant la Cour d'assises, D... s'expliqua avec une entière lucidité, déclarant que le « souvenir du meurtre » de M<sup>lle</sup> P... lui était revenu depuis quelques jours. Cette nouvelle attitude eut pour effet de supprimer toute controverse.

Nous croyons cependant pouvoir faire des réserves sur les théories des savants médecins légistes, et nous invoquerons à cet égard les observations suivantes :

---

## CHAPITRE III

### OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES

#### OBSERVATION I (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur PARIS)

N... J., né en 1869, son père ayant alors 42 ans et sa mère vingt-neuf, appartenant à une famille de nerveux, a pu acquérir une instruction primaire élémentaire ; il aurait toujours joui d'une bonne santé pendant l'enfance et l'adolescence. Incorporé à 21 ans, il a fait 3 ans de service militaire sans subir une seule punition (ses dires), sans trouble sérieux de la santé ; mais à peine libéré du service militaire, en 1893, il aurait eu son premier accès d'épilepsie (accès convulsif avec morsure et plaie de la langue). Quelle fut la cause occasionnelle de cette première crise ?

Il exerçait la profession de cantonnier, se mariait en 1898 ; il avait un caractère habituellement difficile, des idées de jalousie et, après neuf ans de mariage, il aurait congédié sa femme.

Cependant, il ne commence à se montrer réellement dangereux qu'en septembre 1908. Rencontrant un jour un cultivateur qui se rendait aux champs avec quatre chevaux dont l'un passait un peu sur un terrain lui appartenant, il invective violemment ce cultivateur, le menace de le tuer ainsi que les

quatre chevaux, et il frappe même d'un coup de bêchoir un des animaux.

Le lendemain, rencontrant le même cultivateur qui a l'imprudence de l'interpeller au sujet des menaces de la veille, il lui donne un coup de couteau (qu'il avait en main, car il mangeait du pain) et le blesse légèrement. Il n'est condamné pour ce fait qu'à un mois de prison avec sursis, car il avait été signalé qu'il avait eu un accès d'épilepsie le jour où il avait frappé.

Dans la nuit du 3 au 4 décembre 1909, vers une heure du matin, N... errait dans les rues de son village, il frappait à la porte d'un sieur J... en prononçant des paroles incohérentes, disant notamment que ses jambes se raccourcissaient. Peu après, il entrait chez un sieur C... et, interpellé au sujet de cette visite nocturne, il répondait qu'il avait mal aux jambes, que ses jambes se raccourcissaient...

On l'entendait encore dans les rues vers deux heures du matin. Il restait ensuite très troublé, ainsi que l'indiquent les faits ci-dessous relatés :

Le 4 décembre, vers 14 heures ou 14 heures et demie, un sieur C... était chez N... et sa mère avec laquelle il vivait ; N... était couché, se disant malade ; C... lui ayant demandé s'il avait faim, il répondit affirmativement, il acceptait d'abord un œuf, mais le refusait lorsqu'on le lui présentait ; il était manifeste qu'il n'avait « pas toute sa lucidité d'esprit ». Il tenait du reste des propos comme ceux-ci : « Moi, j'ai bon cœur, mais il y a des gens qui sont méchants, ceux-là j'en aurai raison, car je les grillerai s'il le faut. Oui, j'ai bon cœur, mais il y en a qui m'en veulent, je les grillerai. »

...Et il s'exaltait de plus en plus, se montrant à la fois flagorneur et agressif, surtout de plus en plus agressif.

Trois quarts d'heure après, un ramoneur entrait chez lui, et l'entendait répéter « qu'il avait bon cœur, mais que des personnes qui habitaient le haut du village lui en voulaient, et qu'il saurait en venir à bout, dût-il employer pour cela une allumette ». Lorsque le ramoneur sortit, N... interpella sa mère en ces termes : « Tu n'as pas de cœur, mon père m'a

toujours dit que tu n'avais pas de cœur, je vois bien que c'est vrai, car tu ne te donnes même pas la peine de reconduire Monsieur. » Aucun autre signe de dissentiment entre N... et sa mère n'avait été remarqué.

Le ramoneur à peine sorti, N... ayant une pelle à feu sous la main se mit à en frapper sa mère qu'une voisine vit tomber sous les coups redoublés donnés sur la tête (la malheureuse est morte le lendemain).

Le garde-champêtre immédiatement informé et envoyé chez N... trouvait la victime sur son lit et dans un état comateux. N... paraissait très surexcité et « subitement atteint de folie ».

Mais la victime avait été *portée sur son lit par N... lui-même* et il avait eu un peu la *pensée de lui donner des soins*, car, avant l'arrivée du garde-champêtre et personne n'ayant osé se risquer à pénétrer chez lui, on l'entendait ouvrir une fenêtre et interpeller ainsi un enfant qui passait dans la rue : « *Va chercher ta mère, car je viens de tuer ma mère ; tu diras à ta mère d'apporter de l'alcool pour la frictionner.* » Puis il sortit de chez lui, *disant qu'il venait de tuer sa mère, que d'autres personnes passeraient à la guillotine*, et comme une voisine lui disait : « Tais-toi avec tes histoires et rentre chez toi », il se *jeta sur elle, la saisissant à la gorge, et il l'aurait étranglée sans l'intervention d'un tiers*. Cette femme dégagée, il se mit à courir en criant de nouveau qu'il venait de tuer sa mère.

Il fallut ensuite le ligoter pour le maintenir et il injurait ou menaçait les personnes qui le retenaient.

Lorsqu'il fut mis en état d'arrestation, assez longtemps après l'accomplissement de l'acte, il disait encore qu'il avait tué sa mère avec une pelle à feu.

Le lendemain, N... était encore tellement troublé et excité qu'il était impossible de le transférer à la maison d'arrêt la plus proche ; il ne prononçait que phrases incohérentes. Ensuite, dès qu'on put obtenir quelques réponses un peu coordonnées, il fut manifestement évident qu'il ignorait avoir frappé sa mère. Il ne pouvait admettre qu'il ait pu donner la mort à une femme qui, proclamait-il, avait « toujours été aux

petits soins pour lui ». Il ne se rappelait absolument rien de ses pérégrinations dans le village pendant la nuit qui avait précédé le jour du meurtre.

De témoignages très précis, il résulte que pendant trois quarts d'heure à une heure *au moins* (1), N... a eu une certaine conscience de l'acte qu'il avait commis et l'amnésie ne s'affirma complète que peu à peu dans la soirée.

Malgré l'affirmation relativement tardive de l'amnésie, il est absolument incontestable que le meurtre est uniquement le résultat d'un trouble de nature épileptique, car :

1° Acte sans mobile, ou mobile insignifiant par rapport à la gravité de l'acte ;

2° Soudaineté de l'acte et férocité dans l'accomplissement ;

3° Défaut total de mesures précautionnelles (pouvant excuser), soit avant, soit après l'accomplissement de l'acte ;

4° Avant et après l'accomplissement de l'acte, troubles mentaux absolument analogues (stéréotypies) à ceux qui ont été observés ultérieurement chez l'inculpé, puis chez l'interné, à la suite de crises convulsives épileptiques bien caractérisées, troubles mentaux qui restaient très accusés pendant 48 heures et dont les stéréotypies permettaient de dire qu'il avait dû frapper sa mère moins de 24 heures après un accès d'épilepsie, par conséquent

---

(1) Donnant une idée du long temps qui s'écoula jusqu'à l'arrestation : Transport (peut-être non immédiat) de la victime sur son lit par le meurtrier, probablement allées et venues sans but précis (moment d'affollement spécial), ouverture d'une fenêtre, appels à un gamin, sortie dans la rue pour autres appels, altercation et violences sur une voisine, nouveaux appels, temps écoulé pour l'arrivée du garde-champêtre, ligotement, et encore un certain temps après renouvellement d'auto-accusation.

en pleine période de ces troubles toujours consécutifs aux crises convulsives, pendant lesquels il est extrêmement confus, très irritable, facilement très violent, et dont il ne conserve ensuite aucun souvenir.

Ces périodes furent, pendant plusieurs années, absolument identiques à celles en cours de laquelle N... devint parricide, caractérisées par les mêmes préoccupations hypocondriaques confuses (se plaignait de « raccourcissement » des membres, de sensations de « recroquevillement » des membres), obnubilation intellectuelle, flagornerie ou à l'occasion du moindre heurt, de futilités, menaces, crises coléreuses, passage rapide à l'acte violent ; même durée ; amnésie complète relative à toutes les phases et tous les incidents de la période.

## OBSERVATION II (Résumée)

SAMT

(*Archiv für Psychiatrie*, vol. 5. « Epileptische Irreseinsformen »)

X..., étudiant en médecine, est âgé de 21 ans. Ses antécédents héréditaires sont chargés : son grand-père maternel est devenu fou à un âge avancé. Sa mère est très nerveuse. Son père est devenu épileptique à la suite d'une attaque d'apoplexie. Une de ses sœurs est internée dans un asile d'aliénés.

Depuis l'âge de 6 ans, il a souvent des visions. Le soir, ou lorsqu'il se réveille, il voit souvent des formes imprécises. A l'âge de 14 ans, il est resté huit jours alité, sans connaissance. Souvent, il a des cauchemars : il rêve qu'il tombe dans des abîmes sans fond, ou que de grands dangers l'environnent.

X... a de grandes facilités de travail, il aime le monde.

Pendant la guerre de 1870, le casque lui faisait mal à la tête ; il éprouve encore une douleur analogue lorsqu'il est énervé.

En 1871, au cours d'une marche militaire, il est tombé

inanimité sur la route, mais un quart d'heure après il rejoignait son bataillon. Depuis cette époque, il ne lui est pas possible de lire pendant longtemps, parce que la position penchée lui fait monter le sang à la tête et lui donne le vertige. Cette sensation d'étourdissement ne s'est jamais produite spontanément.

Le 1<sup>er</sup> octobre 1873, X... est rentré de vacances très contrarié, parce qu'il avait eu avec son père une discussion si grave qu'il avait immédiatement quitté la maison familiale. Toutefois, il ne semble pas que l'incubation de l'attaque remonte à cette date.

C'est seulement le 23 octobre que débudent les phénomènes précurseurs de l'attaque : X... devient pâle, il éprouve une sensation de malaise général accompagnée de frissons. La température est normale, il lui devient de plus en plus difficile d'aider le chirurgien à opérer : ses mains tremblent et ses jambes se dérobent sous lui.

Le 24 octobre, il est si fatigué qu'il ne peut se rendre à la clinique. Cependant, le soir, il assiste au cours d'ophtalmoscopie, où il constate avec colère qu'il ne trouve pas la papille aussi facilement que les autres fois.

La nuit du 24 au 25 octobre est très agitée.

Le matin du 25, il sent déjà « dans sa tête un chaos de pensées et de sensations extraordinaires ». Toutefois, ses camarades n'observent chez lui aucun changement. A midi, il raconte qu'un de ses compatriotes en voyage lui a annoncé la mort de son père.

Dans l'après-midi, X... décroche ses armes et se bat pendant quelques minutes en plaisantant avec un camarade, puis il termine brusquement la lutte en disant : « Tu vois, si je voulais, je pourrais te tuer. » Celui-ci répond : « Assez de folies. »

X... tire à ce moment un coup de pistolet dans la cheminée. Puis, se rendant, armé d'un couteau, dans une chambre voisine, il menace un étudiant de lui couper les oreilles.

Il se rend ensuite chez son oncle, et dans la rue dit à un ami : « Je suis devenu fou, j'ai tué un de mes amis. » Après s'être amusé chez son oncle pendant trois heures, il va dîner

et boit un verre de bière. Vers 11 heures et demie, il rentre chez lui. C'est alors que débute l'attaque. Voici le récit de ses camarades :

A... : Vers minuit, je rentre dans notre chambre avec X... Il commence à faire des singeries sous le nez de notre camarade B... qui était déjà endormi. Puis X... se déshabille. Quand il est en chemise, il me dit : « Sais-tu bien qu'aujourd'hui j'ai tiré sur K... ? Je vais tirer quelques coups de revolver. » Il passe dans la salle voisine, revient avec deux pistolets et me dit : « Un pour toi, un pour moi » et il arme son pistolet. Je me précipite à la porte, mais j'avais à peine fait quelques pas qu'une balle venait frapper la boiserie à la hauteur de ma tête. »

B... poursuit : « Aussitôt après le coup de feu, X... tombe par terre en poussant un cri effrayant et en lâchant les pistolets. Presque aussitôt il se relève, tire en l'air un deuxième coup, et retombe. Je lui crie : « Que fais-tu ? » — « Comment, me répond-il, tu es encore là, sale individu ? » S'emparant d'un poignard, il me saisit à la gorge et me dit : « Tu vas mourir, ainsi que Hans et Fritz, j'ai déjà mon père, je ne veux pas mourir seul. Après un instant de lutte, je réussis à crier : « Pourquoi fais-tu cela ? Songe donc à tes parents. » Aussitôt X... me lâche, laisse tomber le poignard et se jette sur son lit. Puis il se dirige vers la chambre de K... »

K... : « A minuit et demi, X... entre dans notre chambre un poignard à la main : « Je suis fou, dit-il, j'ai tiré sur A... et B..., c'est votre tour, mon poignard est petit, mais il suffira pour vous. » Il m'empoigne et me demande à quoi je pense au moment de mourir. Il cède enfin à mes prières, mais ne peut s'empêcher de nous chatouiller, un camarade et moi, avec son poignard.

« X... se dirige vers le corridor dans lequel il tombe sans connaissance. Ses amis le relèvent et aussitôt sa fureur reparaît : « On veut me tuer », dit-il. Il part d'un rire clair et demande : « Quel est celui qui rit ? » Une fois encore, il échappe à ceux qui le maintenaient, va chercher une épée, menace plusieurs étudiants de les tuer, et enfin se calme définitivement. »

Ici finit le paroxysme.

Le supérieur de X..., arrivé à ce moment, fait le récit suivant :

« En arrivant, j'aperçois au milieu du couloir, X... dans une attitude théâtrale, une rapière à la main. Il accepte le cigare que je lui offre, s'assied sur un divan et me raconte d'une façon posée et précise les événements qui viennent de se dérouler. « Depuis quelque temps, ajoute-t-il, des idées de « meurtre me trottaient dans la tête. Mes doigts avaient envie « d'étrangler ou de poignarder. Je suis heureux que personne « ne soit blessé, car une honte éternelle se serait attachée à « mon nom. Pourtant, il est impossible que je sois entière-  
« ment fou, puisque j'ai eu pitié de mes camarades au moment « où ils me suppliaient de les épargner. » Il accepte de se rendre à l'hôpital et monte en voiture avec un collègue en uniforme et avec moi. Pendant le trajet, nous essayons de le distraire en lui parlant de la clinique, mais il se met à proférer des injures à l'adresse du chef de clinique, prétendant qu'il a un cysticerque dans l'œil. Il a des frissons d'angoisse, se croit poursuivi par un individu qui veut le tuer. Plus loin, il cherche à se jeter dans une rivière en traversant un pont.

« A son arrivée à l'hôpital, il croit voir des gens qui veulent le tuer et s'imagine que l'infirmier dissimule un poignard. Il craint que F... ne cherche à pénétrer dans sa chambre par la fenêtre. Plusieurs fois, le sifflement d'une locomotive, ou des murmures confus le font tressaillir et l'épouvantent. Dans la chambre, il lui semble que flotte une odeur fade et désagréable. Parfois, il se voit au milieu d'une foule immense qui fonce sur lui de tous côtés. Il a très froid et se plaint d'une violente douleur dans la région du cœur et dans la tête.

« Le 26 octobre, X... est encore un peu anxieux et abattu.

« Le 27 octobre, il se souvient avec précision de tout ce qui concerne les journées qui ont précédé le 25 octobre. La journée du 25 octobre lui a laissé un souvenir déjà un peu plus confus. *Quant à l'accès lui-même, il l'a entièrement oublié.* La lacune commence au moment où il pénètre dans sa chambre le 25 octobre vers minuit. Elle se termine au moment où il menace des étudiants de son épée, mais cette

scène est encore très vague dans son esprit. Ce n'est qu'au moment où le supérieur est arrivé, que X... est tout à fait revenu à lui. Il se souvient parfaitement qu'il est rentré dans la chambre de son supérieur et qu'il a fumé le cigare que celui-ci lui avait offert. Certains détails ne lui ont pas échappé ; par exemple, le fait qu'un de ses camarades avait été désigné pour l'accompagner parce qu'il était en uniforme. *Par contre, il a entièrement oublié le récit qu'il a fait lui-même de son accès de fureur.*

« Interrogé plus tard à plusieurs reprises, il a toujours maintenu cette affirmation.

« Un mois plus tard, X... reprit ses occupations habituelles. »

Malgré l'absence d'antécédents épileptiques certains, il s'agit bien ici d'un cas typique d'attaque paroxystique épileptique, d'un équivalent psychique survenant comme phénomène primitif de l'épilepsie. En effet, la folie vient d'une façon assez aiguë, précédée d'un état d'angoisse avec un petit nombre d'idées délirantes et anxieuses fixes (la nouvelle de la mort de son père, inexacte d'ailleurs, et imaginée par X... dans son délire).

Puis survient un paroxysme avec action criminelle non motivée.

Enfin, un stade d'angoisse postparoxystique tel que l'on observe fréquemment dans les mêmes formes après une attaque ordinaire de petit mal. (Pendant le trajet en voiture, un individu le poursuit pour le tuer. A l'hôpital, F... veut rentrer par la fenêtre, l'infirmier cache un poignard, il est au milieu d'une foule menaçante.) Il conserve pendant ce temps une lucidité relative.

Puis peu à peu l'attaque baisse d'intensité, et lorsqu'elle est entièrement terminée, survient l'amnésie qui manquait pendant toute la durée de l'état crépusculaire.

Il résulte de cette observation :

1<sup>6</sup> Que X... a eu dans la nuit du 25 au 26 octobre une attaque typique d'épilepsie psychique ;

2<sup>o</sup> Qu'il a conservé pendant plusieurs heures avec une grande netteté le souvenir de son paroxysme et qu'il a été capable d'en rendre un compte exact pendant tout ce temps ;

4<sup>o</sup> Qu'au moment où a cessé l'état crépusculaire, l'amnésie est survenue, portant :

a) Sur tout le paroxysme ;

b) Sur une partie des événements de la période crépusculaire et notamment sur le récit de la crise qu'il a fait à ce moment (Voir page 52).

#### OBSERVATION III (Résumée)

OTTOLENGHI

(Epilepsia psychica)

(In *Rivista Sperimentale di Frenatia*, 1890-1891)

Ch. Lor, âgé de 22 ans, exerce le métier de boulanger.

Il est le huitième enfant qui soit né du mariage de ses parents. Son père avait eu d'un premier lit cinq enfants.

Son père et sa mère sont en bonne santé.

Une de ses sœurs utérines est morte épileptique à l'âge de 12 ans. Cinq de ses frères et sœurs sont morts en bas âge. Tous ses autres frères et sœurs sont vivants et n'ont jamais présenté de troubles nerveux.

Vers l'âge de 8 ans, le malade aurait eu un vertige et serait tombé à terre sans connaissance.

A 11 ans, ses parents l'envoyèrent à Turin faire l'apprentissage du métier de boulanger. Pendant l'hiver, il retournait dans son pays.

En 1881 (il avait alors 15 ans), Ch. alla prendre un bain dans le Pô. Comme il s'était avancé vers le milieu du fleuve, il perdit pied et ne réussit à regagner la rive qu'au prix des plus grands efforts. En arrivant sur la terre ferme, il perdit

connaissance et dut garder le lit pendant plusieurs jours. C'est à partir de ce moment qu'il a commencé à avoir des vertiges.

En 1883, au cours d'une discussion, il porta à un camarade un coup de canif au ventre et lui fit une légère blessure. Arrêté trois jours après, il fut condamné à 12 jours de prison.

En 1885, il subit une peine de 30 jours de prison pour coups et blessures.

En 1886, dans une auberge, il prit part à une rixe au cours de laquelle un de ses compagnons de travail nommé R... le blessa grièvement en lui lançant un verre à la tête.

Ch. ne se fit pas soigner et ne garda aucune rancune à R.

Depuis 1881, le malade a eu très souvent des crises épileptiques : celles-ci débutent par un léger tremblement, puis surviennent des contractions musculaires toniques. Le malade a la figure congestionnée, il souffre d'un violent mal de tête puis subitement perd conscience de ce qui l'entoure.

Ces accès, qui, en 1881, se répétaient 3 à 4 fois par jour, devinrent de plus en plus rares et cessèrent même pendant quelques mois. Mais au début de 1887, à l'occasion d'une violente émotion, les accès ont reparu, se reproduisant 2 à 3 fois par mois. Dans les derniers mois de 1887, les accès se sont rapprochés.

Ch... est bien proportionné. Il porte des cicatrices sur le front et le cuir chevelu. Sa barbe est rare. L'iris, bleu, est plus pigmenté à droite qu'à gauche. Ses bosses frontales sont très saillantes, ses narines écartées, sa mâchoire volumineuse.

Ch... raisonne assez bien, mais il est peu communicatif. Il ne sait ni lire ni écrire. Il a complètement perdu le souvenir de certaines périodes de son existence. Il dort peu, fait souvent des cauchemars terribles. Souvent, il parle tout seul.

Ses sentiments affectifs sont très peu développés.

Voici l'exposé des faits qui sont reprochés à Ch... :

Dans l'après-midi du 7 janvier 1888, Ch... achète un revolver de petit calibre et des cartouches, puis va boire quelques verres de liqueur au cabaret. Il passe au magasin dire bonjour à ses camarades qui ne remarquent rien d'anormal dans son attitude. Il se dirige ensuite vers la chambre où R... est en train de dormir. Rencontrant en chemin une personne de ser-

vice, il la prévient de ne pas s'effrayer si elle entend du bruit. Puis il pénètre dans la chambre et tire deux coups de revolver sur R... Celui-ci s'enfuit, légèrement blessé.

Retournant alors son arme contre lui-même, Ch... se loge une balle dans l'oreille droite.

Les deux blessés sont transportés à l'hôpital Saint-Giovanni. Le médecin assiste une heure après à une crise typique d'épilepsie.

Vingt-quatre heures après la scène de meurtre, Ch... est interrogé par un magistrat. Il est à ce moment dans un état de stupeur et de semi-conscience. Il avoue son crime et déclare qu'il a voulu se venger et satisfaire une vieille rancune. Toutefois, ses souvenirs manquent de précision, notamment en ce qui concerne la notion de temps.

2 février : Ch... est depuis deux jours en prison. Il est déprimé et a complètement perdu le souvenir de son acte.

6 février : Crise d'épilepsie.

16 février : Nouvelle crise pendant qu'on fait son pansement.

2 mars : Crise nocturne.

Interrogatoire de l'accusé au début du mois de février :

Ch... avoue qu'il a essayé de tuer R..., mais il ignore les motifs de cet acte, se demande comment il l'a commis, en quel lieu et à quelle date.

Ses souvenirs sont très confus. Il assure même que lorsqu'il s'est réveillé à l'hôpital trois jours après cet événement, il a été surpris de se trouver à côté de R... et a demandé à un voisin qui avait blessé son camarade. Il ne peut s'expliquer ce qui est arrivé. Il ne se rappelle pas avoir répondu au magistrat qui est venu l'interroger à l'hôpital, pas plus d'ailleurs que la visite de sa mère.

Interrogé à plusieurs reprises, il ne se contredit jamais et ne cherche pas à atténuer sa responsabilité.

1) La préméditation de Ch... n'est pas celle d'un assassin. (L'arme achetée était trop faible pour l'usage auquel il la destinait ; le moment était mal choisi pour

comme un crime ; un assassin aurait eu soin de ne pas avertir qu'il allait faire du bruit).

2) Nous ne nous trouvons pas en présence d'un assassinat par vengeance. (Disproportion entre l'offense et la vengeance. Ch... avait presque oublié la vieille dispute. Une passion violente n'attend pas deux ans pour se manifester.) Sans doute Ch... avait reconnu lui-même dans son premier interrogatoire qu'il avait agi par vengeance. Mais c'est un fait d'observation que lorsqu'un individu commet un acte en état d'inconscience, il cherche immédiatement à l'expliquer. Il rappelle alors des faits de faible importance qu'il exagère ou invente même une histoire de toutes pièces (1).

3) Au moment de l'aveu de son crime, Ch... était dans un état de semi-conscience, il se trompait notamment dans les indications concernant le temps.

4) Ch... a eu de nombreuses attaques d'épilepsie, avant et après son crime.

OTTOLENGHI conclut : « Tous les faits reprochés à Ch... (ceux qui ont précédé le crime comme cet acte lui-même) ont été exécutés en pleine inconscience. Les accès incomplets et les absences qu'on a pu constater ne font que nous persuader davantage que nous avons affaire à un cas typique d'épilepsie psychique. Ch... est entièrement irresponsable. »

En résumé :

a) Ch... a eu le 7 janvier un accès d'épilepsie larvée ;

---

(1) OTTOLENGHI cite le cas d'un enfant épileptique qui après avoir tué un de ses petits camarades, cherchait à justifier son geste en l'accusant d'avoir, quelques jours auparavant, tondu la queue de son cheval de bois, ce qui était inexact.

b) Vingt-quatre heures après, alors que l'état crépusculaire durait encore, il avait conservé le souvenir de son paroxysme ;

c) Au moment du retour à l'état normal, l'amnésie est apparue, portant sur la crise elle-même et sur l'état crépusculaire qui l'a suivie.

#### OBSERVATION IV (Résumée)

SAMT

(*Archiv für Psychiatrie*, vol. 5. Epileptische Irreseinsformen)

Th..., âgé de 35 ans, exerce la profession de boucher.

Je l'ai observé le 16 septembre 1873, à 5 heures de l'après-midi.

Th... était dans son lit et semblait fatigué. Le tiers supérieur du dos du nez, toute la glabella, presque tout le cuir chevelu étaient recouverts de phlyctènes causées par des brûlures. La peau des doigts ainsi que les paumes des mains et les poignets étaient aussi gravement brûlés.

Le malade venait du service des syphilitiques où il avait été admis trois mois auparavant pour chancre et roséole. La feuille de transfert indiquait que Th..., chez lequel on n'avait auparavant observé aucune anomalie psychique, avait eu le matin du 16 septembre une atteinte subite de folie au cours de laquelle il avait voulu se suicider : un infirmier l'avait surpris dans la cuisine au moment où, penché sur le fourneau, il essayait d'introduire la tête dans le foyer incandescent, à travers le trou sur lequel on pose les casseroles. L'infirmier avait eu toutes les peines du monde à l'arracher aux flammes, car le malade se défendait et criait : « Laissez-moi donc, il faut que je meure. » Aux appels de l'infirmier, des malades étaient accourus et avaient emmené Th... dans sa chambre. Dans le couloir, et un moment après, dans son lit où on le maintenait de force, le malade ne cessait de crier : « Il faut que je meure, il faut que je meure. » Il finit cependant par se calmer et dit « qu'un esprit l'avait attiré ».

Th... me raconta lui-même tous les détails de sa crise : la veille (15 septembre), il était encore parfaitement lucide. Pendant la nuit, il se crut en enfer et eut peur de mourir. A la suite de ce cauchemar, il se réveilla en sursaut vers 3 heures du matin, couvert de sueurs, et ne dormit plus.

Le 16 septembre, il se leva vers 5 h. 30, tout à fait dispos. Mais une heure après une peur atroce le saisit de nouveau : il arracha la marmite de café qui cuisait sur le fourneau, et plongea la tête dans le foyer. Il prétend se rappeler très bien ce geste, avoir souffert pendant que sa tête était dans le feu, et il assure n'avoir pas été une seule minute sans connaissance.

Bien que le malade m'ait affirmé qu'il était tout à fait sain d'esprit, j'ai constaté qu'il était un peu obnubilé. Il fallait lui répéter plusieurs fois les mêmes questions pour avoir une réponse. Il était orienté dans l'espace et dans le temps et répondait exactement aux questions anamnestiques prémorbides.

Pendant la semaine qui suivit, Th... donnait des indications correctes lorsqu'on l'interrogeait, et reconnaissait son entourage. Sa lucidité était si marquée que je croyais le malade complètement sain d'esprit, alors qu'il se trouvait encore en période délirante.

Lorsqu'il fut entièrement guéri, Th... me raconta en effet qu'après le paroxysme, le délire anxieux avait persisté pendant huit jours. Il prenait la salle pour l'enfer, les malades pour des hommes méchants, les médecins et les infirmiers pour des diables. Il croyait d'abord qu'il était condamné à mourir le 3<sup>e</sup> jour, puis le 9<sup>e</sup>, etc.

Peu à peu, la crise disparaît et, tout à fait comme dans l'observation II, l'absence de mémoire se manifesta avec le retour à l'état normal, alors que cette amnésie n'existait pas pendant le délire.

Vers la fin du mois d'octobre, Th... compléta l'anamnèse : enfant naturel, il n'a connu ni son père ni sa mère ; un de ses frères est mort en bas âge de convulsions. En 1861, il avait eu une crise d'épilepsie au cours d'une promenade avec des camarades.

Depuis la guerre de 1870, il avait fréquemment des rêves anxieux si pénibles qu'avant de s'endormir il était déjà épouvanté. Il s'agissait en général de scènes de meurtre.

De temps en temps, il avait des absences, entraît dans une maison croyant entrer dans une maison voisine, mais il n'a pas éprouvé de véritables vertiges.

En 1873, il avait contracté la syphilis et s'en était beaucoup affecté.

Le 14 et le 15 septembre, il avait moins bien supporté son injection de bichlorure de mercure.

Dans la nuit du 15 au 16 septembre, il avait eu un rêve plus anxieux que jamais. Il s'était vu en enfer et avait réveillé les malades en criant : « Il faut que je meure. »

A 5 h. 30, il s'était levé vaguement inquiet ; à partir de 6 h. 30, il ne savait plus ce qui s'était passé. La mémoire de l'acte manquait totalement.

Il s'agit encore ici d'un trouble de nature nettement comitiale. Les antécédents épileptiques du malade présentent un certain intérêt, mais le fait que ces antécédents existent est insuffisant pour caractériser l'accès lui-même.

Le mode d'exécution du suicide, sans être pathognomonique de l'épilepsie, a déjà une plus grande valeur diagnostique.

Mais c'est avant tout l'évolution du paroxysme qui permet d'affirmer que cette tentative de suicide est le résultat d'un accès d'épilepsie larvée.

La folie débute subitement, et il semble que le rêve anxieux soit le seul symptôme d'incubation (peur de la mort dans l'enfer).

Puis survient une véritable aura psychique : une peur atroce.

Enfin, le paroxysme avec son acte très brutal, qui suit impulsivement le délire.

Après le paroxysme, le délire anxieux se poursuit : le malade vit maintenant les yeux ouverts le rêve de l'incubation : la salle est l'enfer ; les médecins, des diables.

Pendant une semaine, malgré sa lucidité apparente, le malade continue à délirer. Peu à peu, l'état normal revient, amenant avec lui l'amnésie.

En résumé :

1° Th... a eu le 16 septembre un accès de petit mal intellectuel ;

2° L'état crépusculaire s'est prolongé pendant une semaine bien que le malade ait paru lucide pendant ce temps ;

3° Au moment où a cessé l'état crépusculaire, est apparue l'amnésie qui faisait défaut pendant le délire.

#### OBSERVATION V

E. MARTIMOR

(Conscience partielle et amnésie retardée dans les « absences »  
épileptiques,

*Annales Médico-Psychologiques*, décembre 1921)

André F..., âgé de 17 ans, entré le 16 septembre 1921 à la maison de santé de Ville-Evrard (Service de M. le docteur DUCOSTÉ).

D'après les renseignements fournis par la famille et le certificat de placement, nous savons qu'il est atteint depuis 10 ans de troubles nerveux de nature comitiale consistant en crises convulsives, vertiges et fugues. Depuis un an environ et, semble-t-il, sous l'influence d'un traitement par la phényléthyl-malonylurée, les crises convulsives ont cessé complètement. Elles ont été remplacées par des pertes de connaissance sans chute ni convulsions que nous croyons pouvoir étiqueter : absences. Le malade s'interrompt subitement au milieu de ses

occupations, sa face pâlit et exprime l'égarement. A ce moment il reste parfois immobile, mais, le plus souvent, fait quelques pas devant lui à une allure lente et naturelle.

Interrogé, il ne répond pas, mais se laisse conduire docilement vers un siège où il s'assied.

L'absence se termine alors après une durée variant de dix secondes à une minute et cette terminaison est marquée par la reprise des occupations interrompues et le retour de la coloration normale du visage. Si l'on interroge immédiatement le malade, il répond sans plus de difficultés ni de lenteur qu'avant l'accident. *Prié de le décrire, il raconte qu'il s'est senti « tout drôle » et qu'il a marché devant lui sans savoir pourquoi. « C'est un vertige, ajoute-t-il, comme j'en ai quelquefois depuis que je n'ai plus de grandes crises. » Il ne sait ou ne peut expliquer pourquoi il n'a pas répondu aux questions qu'on lui posait, mais se souvient de ces questions.*

*En général, lorsqu'on revoit le malade une heure après, il a complètement oublié sa perte de connaissance. Parfois le souvenir en persiste plus longtemps, mais rarement plus de vingt-quatre heures.*

En dehors de ces accidents paroxystiques qui surviennent 8 à 10 fois par mois environ, notre malade présente cette dysménie et cette bradypsychie dont les épileptiques sont rarement exempts. Ces altérations du fond mental sont même très marquées chez lui. Il s'écoule 10 à 15 secondes entre les questions les plus simples et les réponses — d'ailleurs correctes — qu'elles provoquent. La conservation des souvenirs antérieurs aux crises est souvent légèrement défectueuse, mais on note surtout une dysménie des souvenirs récents telle qu'elle entraîne un certain degré de désorientation et ferait croire à un certain affaiblissement intellectuel.

D'après les réponses aux tests de jugement, au contraire, l'intelligence et l'attention semblent peu touchées.

Quant aux troubles du caractère, ils sont relativement peu marqués. On constate seulement une légère irascibilité et une diminution de l'affectivité, d'ailleurs parfaitement conscientes comme les autres modifications du fond mental.

En résumé :

1° Cet épileptique conserve le souvenir de ses absences pendant un temps qui varie de 1 à 24 heures. Puis il les oublie définitivement ;

2° Il ne semble pas que l'on puisse invoquer ici pour expliquer le retard de l'amnésie, la persistance d'un état crépusculaire, puisque le malade revient à l'état normal aussitôt après ses absences ;

3° Nous avons vu page 52 que MARTINOT explique dans ce cas l'amnésie retardée par « une dysmnésie de conservation qui efface des souvenirs de toute sorte dans la mémoire de l'épileptique.

#### OBSERVATION VI

Docteur VERNET

(Epilepsie psychique d'abord méconnue In *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1921. Complétée par les notes de M. le docteur PARIS).

Le malade que nous avons eu l'occasion d'examiner était âgé de 27 ans, célibataire et exerçait la profession de garçon de courses.

Dans ses antécédents héréditaires, on trouve de l'alcoolisme chez le père et la mère, surtout alcoolisme paternel.

Dans les antécédents individuels, nous relevons des crises d'épilepsie à l'âge de 7 ans, crises qui ont duré quelques années ensuite. Mais ces crises ne se produisaient qu'à intervalles assez longs.

C... ne fit pas de service militaire avant la guerre, et fut réformé pour faiblesse de constitution (2).

Récupéré pendant la guerre, il fut considéré à son corps comme ayant « un caractère sombre et soupçonneux ». Il fut évacué de son corps vers le milieu de juin 1918 avec la note médicale suivante : « Délire de persécution, aggravé par le

service. » Entré dans un centre neuro-psychiatrique, il était transféré fin juin 1918 à l'asile de Maréville avec le diagnostic : « Est atteint d'aliénation mentale caractérisée par des idées délirantes de persécution avec interprétations et hallucinations auditives... Le malade prétend que ses camarades veulent lui faire la peau, il les entend distinctement lui crier des injures et des grossièretés. Pas d'hallucinations visuelles, pas d'état confusionnel. Affaiblissement intellectuel ; à surveiller spécialement. » Cette recommandation paraît indiquer qu'il avait montré un caractère particulier, c'est-à-dire une irritabilité spéciale, peut-être de l'impulsivité, que nous avons pu du reste constater pendant son séjour à l'asile.

Dès son arrivée à l'asile, C... déclare ne rien se rappeler de ces idées de persécution ou de ces hallucinations, aussi M. le docteur PARIS, médecin en chef, croit devoir réserver le diagnostic et délivre le certificat de 24 heures suivant : « Certaine débilité mentale avec indifférence affective, mais pas d'idées délirantes, pas d'hallucinations, ne se rappelle rien des troubles signalés dans le certificat à fin d'admission, les nie. »

Le 26 juillet 1918, C... a un second accès de troubles mentaux, prend pour lui les réflexions des voisins qui ne s'occupent pas de lui ; ces interprétations occasionnent de l'excitation cérébrale qui se traduit par de la loquacité, des récriminations, des menaces.

Le 14 août 1918, a un troisième accès constaté de troubles mentaux. Se plaint d'avoir été traité la veille d'assassin, de voleur, etc... par le docteur PARIS, alors que celui-ci était absent de l'asile. « Je vous entends bien, lui dit-il peu après, dire dans la cour que je suis un assassin, un propre à rien et toutes sortes de choses après moi ; je sais bien que l'on est après moi. » C..., en même temps, se montre irrité et menaçant.

Il avait donc bien à ce moment des idées de persécution et des hallucinations de l'ouïe.

Quelques jours après, C... ne se rappelle pas les idées délirantes, ni les hallucinations qu'il a présentées, ni les menaces qu'il a proférées. Il présente simplement sa débilité mentale

habituelle, de l'indifférence affective, n'écrivant jamais à ses parents, ne voulant pas leur écrire, ne manifestant pourtant aucune animosité à leur égard.

Plusieurs fois encore, au cours de son séjour à l'asile, on le surprend tenant des monologues ou plus vraisemblablement des dialogues (hallucinations) dont il ne conserve aucun souvenir.

Il sort amélioré de l'asile, au début de 1920, sur la demande de sa famille.

*Notes de M. le docteur Paris*

C..., qui venait, par exemple, demander, le 14 août 1918, au docteur PARIS, pour quel motif il l'avait traité d'assassin, de voleur, de propre à rien, etc., le 13 août et dans la matinée du 14 août, se rappelait donc les hallucinations du 13 août, suivies de récriminations véhémentes, de menaces à l'égard du médecin, récriminations et menaces entendues le 13 août par le personnel de surveillance. Mais quelques jours après, il ne se rappelait plus rien de ces hallucinations ou de ces plaintes, il niait formellement avoir jamais dit qu'on l'avait injurié, etc. Il eut plusieurs périodes de troubles identiques, également suivis de cette amnésie.

Si cet homme, en liberté, avait commis un acte répréhensible dans la période de troubles hallucinatoires avec idées de persécution, et s'il avait été interrogé peu après, il aurait reconnu avoir commis l'acte, et donné cet acte comme conséquence d'injures à lui adressées ; il aurait en somme pris responsabilité d'un acte motivé qu'il aurait déclaré le lendemain ou peu après, produit d'un rêve ou d'un mensonge de son entourage.

L'amnésie retardée peut donc être constatée aussi à

l'occasion de périodes de troubles équivalents épileptiques, dans le cours desquelles peut exister un certain état crépusculaire, suivi d'amnésie complète.

OBSERVATION VII (Résumée)

STRASSMANN

(In *Vierteljahrsschrift für Gerichte Medicin*, 3<sup>e</sup> folge.

Bd. 10, p. 80)

Une jeune femme fait respirer à son enfant âgé de deux ans des vapeurs de chloroforme. Lorsqu'elle suppose que l'enfant ne pourra plus être rappelé à la vie, elle sonne le garçon de l'hôtel où elle loge et lui dit : « Je vous prie d'aller chercher la police. Je suis une criminelle. J'ai tué mon enfant. »

*Le lendemain*, elle est soumise à un premier interrogatoire. *Elle fait au magistrat l'aveu de son crime*, mais lui déclare qu'elle n'avait pas à ce moment toute sa lucidité.

*Huit jours plus tard*, elle affirme au juge d'instruction qu'elle a entièrement perdu le souvenir de son passage à l'hôtel, de la tentative de meurtre et du premier interrogatoire.

Au cours de nombreux examens, on ne relève jamais la moindre contradiction dans ses réponses.

STRASSMANN conclut que cette femme a commis son crime au cours d'un état crépusculaire épileptique, et l'instruction est close.

Chez cette malade, le souvenir du paroxysme persiste pendant au moins 24 heures, mais rien dans l'observation ne permet de dire que l'état crépusculaire a persisté jusqu'au moment où est apparue l'amnésie,

## OBSERVATION VIII

KÖPPEN

(*Charité Annalen*, 1899, XXIV, p. 546 et suiv.)

Le 15 mai 1893, sur le terrain de manœuvre de Ch..., on trouva le cadavre d'un petit garçon de 5 ans et demi, qui avait été étranglé et dont les bourses avaient été ouvertes d'un coup de couteau. Le testicule droit avait été enlevé. Le criminel avait été arrêté aussitôt. C'était un garçon coiffeur, nommé K... Il ne fit aucune difficulté pour avouer son forfait. Au cours du premier interrogatoire, le magistrat, soupçonnant chez le prévenu l'existence d'un trouble mental, chargea plusieurs médecins légistes de l'examiner.

Le 20 octobre suivant, à l'audience, ces derniers conclurent que K... était un alcoolique, qu'il avait accompli son forfait sous l'influence d'un état mental pathologique et qu'il était complètement irresponsable.

Malgré les conclusions des experts, le jury déclara l'accusé coupable de meurtre ; mais la Cour décida de renvoyer l'affaire à la session suivante, devant d'autres jurés. Les magistrats étaient tous convaincus que les jurés s'étaient trompés aux torts de l'accusé.

C'est alors que le docteur Pu..., sur mandat de l'avocat général de la Couronne, fut chargé d'examiner l'accusé et de faire un rapport sur sa responsabilité en général et en particulier sur sa responsabilité au moment de l'action.

Le dossier lui fut communiqué à cet effet.

Nous extrayons ce qui suit de son rapport :

« K..., âgé de 27 ans, exerce la profession de garçon coiffeur. Enfant légitime, il ne sait ce qu'est devenu son père. Sa mère est morte. Il a une sœur et deux frères sur lesquels il ne peut donner aucun renseignement.

En 1880, alors qu'il était âgé de 14 ans, il apprit le métier de coiffeur. Trois ans plus tard, il entra comme garçon chez un coiffeur de L..., mais peu après il était arrêté pour vol.

Il raconte qu'à sa sortie de prison il a reçu des lettres ano-

nymes contenant des menaces, et c'est alors qu'il s'est mis à voyager en Silésie, en Saxe, en Hollande, etc.

En 1888, il a été arrêté à Leipzig pour vol.

A partir de cette époque, il n'a guère cessé de vagabonder, couchant tantôt à la belle étoile, tantôt en prison.

Du 5 avril au 10 mai 1893, il a travaillé chez le coiffeur H... Ce dernier raconte que lorsque K... s'est présenté chez lui, il se trouvait dans une tenue très négligée. Il a cependant eu une bonne conduite au début, et ce n'est que pendant les derniers quinze jours qu'il a commencé à boire.

H... dit qu'un jour, K... est sorti de la boutique pendant son absence, après avoir mis plusieurs rasoirs dans sa poche. Mais à peine sorti, il s'était endormi sous l'influence de l'ivresse. Lorsqu'il s'était réveillé, il avait cherché à fuir, mais on l'en avait empêché.

Du 10 au 15 mai, jour du crime, K... n'a pas cessé d'errer dans la campagne.

Depuis plusieurs années, K... buvait beaucoup et lisait des romans avec passion. En 1890, il aurait eu un vertige au cours duquel il aurait perdu connaissance pendant cinq minutes.

Dans la suite, il aurait eu cinq nouvelles attaques semblables. Celles-ci survenaient toujours lorsqu'il était sans place et s'adonnait à la boisson. La dernière date du 6 décembre 1892. Le lendemain il allait mieux, mais le 8 décembre on dut l'emmener dans un hôpital où on l'admit avec le diagnostic : « Delirium tremens. »

*Aussitôt après son arrestation, le 15 mai, il avoua son crime et raconta qu'il avait cherché à attirer des enfants pour commettre sur eux un attentat, et que c'est seulement au moment où le petit garçon était venu à lui qu'il avait eu l'idée de le tuer et de manger ses testicules. Car il avait lu autrefois dans un roman que cette pratique assurait une longue existence.*

*A l'instruction, le 17 mai, il renouvela ses déclarations et ajouta qu'il avait lu que son acte le protégerait contre des persécutions.*

*Le 10 juin, il déclara que le souvenir des circonstances qui*

avaient entouré son crime était confus, mais reconnut que les déclarations des témoins devaient être exactes.

Devant le jury, il déclara qu'il avait erré dans Ch... pendant toute la matinée du 15 mai, et qu'il avait bu. Il était ensuite allé dans la Sophie-Charlottenstrasse où il avait perdu conscience subitement. Il avait oublié qu'il avait rencontré des enfants et ne se rappelait pas avoir tué le petit garçon. Il se souvenait seulement d'avoir vu le petit cadavre et d'avoir essayé de fuir, mais là encore le souvenir disparaissait. Il ignorait ce qui s'était passé jusqu'au moment où il s'était retrouvé en prison. Il finit par dire que jamais il n'avait rien avoué, et que cette histoire avait été inventée par ceux qui l'interrogeaient.

Du 15 février au 28 mars 1894, K... eut plusieurs crises d'épilepsie.

#### CONCLUSIONS

- 1° Le malade K... est un aliéné (état de trouble épileptique) ;
- 2° Il était au moment de l'acte incriminé sous l'influence d'un trouble mental lui enlevant la conscience et la volonté.

Chez ce malade, le souvenir précis du crime a persisté pendant au moins deux jours. On ne peut pas affirmer que l'état crépusculaire post-paroxystique se soit prolongé pendant ce temps.

#### OBSERVATION IX (Résumée)

(In *Journal de Médecine lég. et psych.*, 1906)

DROMARD et DELMAS

Le 16 février 1906, M... tua ses deux enfants et blessa sa femme de trois coups de revolver. Il fut aussitôt arrêté.

L'assassin fit aux magistrats l'aveu de son crime avec un luxe de détails qui ne laissait rien à désirer :

« J'étais hanté, dit-il, par la pensée de tout supprimer autour de moi et de mourir ensuite. Je voulais en finir avec la vie, mais je ne voulais pas partir seul. J'ai donc eu l'idée

de tuer mes enfants et ma femme. Mais n'ayant pas d'armé chez moi, je suis sorti et j'ai fait l'achat d'un revolver et d'une boîte de cartouches.

« Afin que ma femme ne se mette pas en travers de mes projets, je l'envoyai chez le docteur G... pour le prier de venir me voir. Ma femme obéit et me laissa seul avec les enfants. Je pris un couteau dans la cuisine et je les rejoignis. Je saisis ma fillette qui m'embrassa instinctivement, mais je repoussai ses petits bras qui m'enlaçaient et je la couchai sur le lit. Alors, lui maintenant la tête avec la main gauche, je lui enfonçai la lame de mon couteau dans le cou. Ma lame pénétra jusqu'au manche et le sang s'échappa à flots de la plaie béante. Ma petite fille ne poussa pas un cri.

« Je saisis alors mon petit garçon et lui tranchai la gorge. Quand ma femme parut, je tirai sur elle cinq coups de revolver, réservant la sixième balle pour moi. C'est en vain que je tentai de me faire sauter la cervelle à mon tour, le coup ne partit pas. »

Pendant tout ce récit, l'accusé n'a pas une larme. Les yeux fixes, il parle vite, machinalement, à la façon d'un automate. Son attitude paraît bizarre et l'on songe déjà à la possibilité d'un état pathologique.

Néanmoins, le meurtrier est mis à la disposition du juge d'instruction. Ce dernier allait procéder à l'interrogatoire de M... quand on lui remet une lettre qui avait été écrite à son adresse et qui ne pouvait manquer d'apporter un jour nouveau dans l'affaire. En voici le contenu :

« MONSIEUR,

« Je vais commettre un crime horrible et je vous fais part des causes qui m'y ont poussé. Vous en ferez part vous-même aux autorités légales (gare aux francs-maçons) afin que l'enquête soit faite en règle ainsi que l'arrestation des criminels si possible. Je suis anéanti. Je me dis celui qui est victime de la franc-maçonnerie. Le seul reproche qu'on puisse me faire est d'avoir trop aimé mes enfants. Ma femme a été la complice des bourreaux qui m'ont empoisonné, ou tout au moins elle a consenti la chose. Je veux la soustraire à la vie pour la punir.

Je ne veux pas laisser mes enfants si jeunes auprès de si mauvaises gens, aussi je décide de les emmener avec moi. On me faisait glisser des poisons dans mon verre par M. X..., le premier franc-maçon.

« Je demande pardon à Dieu et aux hommes de ce que je vais faire.

P. S. — Depuis un an, les gens meurent empoisonnés à La Ciotat. Je n'ai plus uriné depuis trois jours et trois nuits. »

Le prévenu, interrogé, reconnut l'authenticité de la lettre précédente et déclara l'avoir écrite au moment même de commettre son crime. Puis il renouvela ses aveux.

*Le 5 mars, l'examen mental fut confié à MM. les docteurs Boubila, Lachaux et Maunier.*

*Au premier interrogatoire, M... renouvelle ses déclarations. Puis, au cours d'entrevues nouvelles, tout change : M. ne se souvient plus de rien. Il sait seulement qu'il est accusé d'avoir tué ses enfants et tiré des coups de revolver sur sa femme, mais il ne le sait que parce qu'il vient de l'apprendre par ses co-détenus. L'amnésie porte sur l'achat du revolver, l'envoi de la lettre au juge, la scène du meurtre, les aveux...*

*Il nie les aveux qu'il a faits quelques jours auparavant devant les mêmes experts. Il nie sa disposition devant la justice et jusqu'à la signature de son interrogatoire par le juge d'instruction. Il ne reconnaît pas davantage la lettre adressée à ce magistrat le jour du crime et il finit par dire que cette lettre émane d'une autre main et que si ses enfants ont été assassinés, c'est un autre qui les a tués. Il se désole et écrit une longue lettre au juge d'instruction pour le supplier de l'éclairer et de mettre fin à son angoisse.*

Pendant longtemps encore, les experts pressent le détenu de nouvelles questions, mais l'attitude de M... ne se modifie plus.

Il se souvient d'avoir manifesté à l'égard de sa femme des idées de méfiance injustifiées. Il sait qu'il émettait sur la question des francs-maçons et sur d'autres sujets des conceptions dont il reconnaît l'absurdité, et il a perdu totalement la notion de la vie écoulée pendant le laps de temps qui le sépare de cette époque où il divaguait.

DROMARD et DELMAS estiment que :

1° M... n'est pas un simulateur. (Il a fait des aveux à une époque où il avait intérêt à simuler ; et il allègue l'absence de souvenir alors qu'une expertise médico-légale a provoqué le non-lieu sur la simple considération du délire) ;

2° On se trouve en présence d'un délire mnésique se terminant par un paroxysme qui semble primitivement mnésique, secondairement amnésique. (Ces auteurs ne se prononcent pas fermement sur la nature de cette amnésie).

---

## CHAPITRE IV

### **L'amnésie retardée est le plus souvent une amnésie postcrépusculaire**

L'amnésie épileptique retardée peut revêtir une forme plus ou moins complexe en apparence, mais nous verrons qu'en dernière analyse presque toutes ces modalités peuvent être ramenées à un type unique, celui que nous prendrons pour base de notre étude.

Nous trouvons son expression la plus simple dans l'observation I : N... tue sa mère en lui assénant sur la tête des coups de pelle à feu. Pendant plus d'une heure il crie aux personnes qui l'entourent : « Je viens de tuer ma mère avec une pelle à feu » et tous ceux qui assistent à la scène sont d'accord pour affirmer que N... semble atteint de folie. Le lendemain, N... a tout oublié.

Dans ce cas, il apparaît avec évidence que, pendant toute la durée de l'état crépusculaire postparoxystique, la mémoire n'est pas atteinte, et que dès le retour à l'état normal, l'amnésie s'installe.

Mais il peut arriver que l'état crépusculaire dure encore

pendant toute la semaine qui suit le paroxysme, sans que pendant ce temps le malade paraisse présenter le moindre trouble psychique. On pourrait croire, en pareil cas, que l'amnésie survient d'une façon capricieuse, un temps plus ou moins long après le retour à l'état normal. Il semble que, le plus souvent, il n'y ait là qu'une trompeuse apparence (Obs. IV) : Sauf le lendemain de son paroxysme, où il est un peu obnubilé, Th... fait durant huit jours des réponses si correctes aux questions qu'on lui pose, que SAMR lui-même le considère comme tout à fait lucide, alors qu'il est encore en pleine période délirante.

Th... raconte en effet après sa guérison complète que pendant cette semaine il a cru se trouver en enfer : la salle était l'enfer ; les malades, des hommes méchants ; les médecins et les infirmiers, des diables.

L'état crépusculaire post-paroxystique avec délire anxieux a donc persisté huit jours, bien qu'il fut impossible de le diagnostiquer pendant tout ce temps.

Ici comme dans le premier cas les souvenirs se sont évanouis au moment du retour à l'état normal. Nous ajouterons que Th... ne peut être soupçonné d'avoir voulu tromper le médecin qui l'observait, puisqu'il n'a commis aucun acte le plaçant sous le coup d'une sanction pénale. Terrifié par d'épouvantables hallucinations, il avait essayé de se suicider en introduisant la tête dans le foyer incandescent d'un fourneau de cuisine.

Dans les observations I, II, III, IV et VI, l'amnésie morbide apparaît nettement au moment où prend fin l'état crépusculaire. « L'amnésie n'est donc, ainsi que l'écrivent DROMARD et DELMAS, retardée qu'en apparence ; elle ne l'est que par rapport à un acte donné d'importance capi-

tales pour le magistrat ; mais pour le psychiatre, elle vient en son temps classique, puisqu'elle marque la fin d'une personnalité parasite dont l'acte en question ne fut que la manifestation initiale, et dont la phase des aveux est une dépendance logique, et qui doit lui être incorporée. »

Cette constatation est parfaitement exacte dans la plupart des cas. Mais faut-il pour cela rayer de la terminologie médico-légale l'expression d'amnésie retardée, et la remplacer, comme le proposent ces auteurs, par celle d'amnésie simple posterépusculaire ?

Nous ne le pensons pas.

Sans doute l'amnésie retardée se présente le plus souvent sous la forme d'amnésie simple posterépusculaire, et nous avons indiqué que dans certains cas où elle semblait survenir après une période normale, elle succédait en réalité à l'état crépusculaire.

Mais il est vraisemblable que l'amnésie retardée comprend aussi des amnésies de nature mal définie comme celle que l'on trouve dans l'observation publiée par DROMARD et DELMAS eux-mêmes (Obs. IX) :

Le malade garde le souvenir de son forfait pendant plus de vingt jours et, à ce moment, oublie tout. Comme il ne ressort pas nettement de l'observation que ces vingt jours aient été remplis par un état morbide, il nous semble difficile de parler ici d'amnésie posterépusculaire. Comme, d'autre part, DROMARD et DELMAS excluent tout soupçon de simulation, il faut bien reconnaître que le terme d'amnésie retardée est le seul que l'on puisse appliquer au trouble de la mémoire dont il vient d'être question sans préjuger de sa nature.

Lorsque l'amnésie retardée fait suite à une simple

absence épileptique, il semble possible d'admettre un mécanisme plus simple que celui de la persistance d'un état crépusculaire (Obs. V).

André F... se souvient de son « absence » pendant une heure, bien que pendant ce temps il soit dans son état normal.

MARTIMOR explique de la façon suivante ce retard de l'amnésie sans persistance d'un état crépusculaire : « ...Ce trouble mnésique ne porte pas seulement sur les accidents comitiaux : on l'observe également en dehors d'eux, pour les menus événements journaliers dans lesquels le malade est acteur ou spectateur. Il constitue, pourrait-on dire, la base de cette dysmnésie de conservation fréquente au début de la démence épileptique.

« Donc l'amnésie retardée de l'absence comitiale ne serait qu'un cas particulier de cette dysmnésie de conservation qui efface les souvenirs de toute sorte dans la mémoire de l'épileptique. »

L'observation IV soulève une autre difficulté :

Th..., guéri, a définitivement conservé le souvenir du délire anxieux auquel il était en proie, alors qu'il a oublié avoir donné au cours de ce même délire la description de son paroxysme.

De ce fait surprenant, nous rapprocherons l'observation II. Ici, l'amnésie partielle est plus nette encore : X... se souvient qu'après son accès de fureur il est entré dans la chambre de son supérieur, et qu'un de ses camarades a été désigné pour l'accompagner à l'hôpital parce qu'il était en uniforme. Il se rappelle même avoir fumé un cigare que son chef venait de lui offrir, et cependant il a oublié le récit de sa crise qu'il a fait au même moment, au même endroit.

La sincérité de ces deux malades ne saurait être mise en doute. Th..., d'après l'observation, n'avait fait de mal qu'à lui seul. Quant à X..., son accès de fureur n'avait eu aucune conséquence grave.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce point : l'amnésie partielle a été constatée depuis longtemps chez les épileptiques et elle est admise par la plupart des auteurs.

Remarquons simplement qu'elle peut se combiner avec l'amnésie retardée. Elle est alors une cause supplémentaire d'erreur, en donnant plus de vraisemblance à l'hypothèse d'une simulation que nous envisagerons dans le chapitre suivant.



## CHAPITRE V

### **Importance de l'amnésie épileptique retardée au point de vue médico-légal**

Il est facile d'apercevoir toute l'importance en médecine judiciaire de l'amnésie épileptique retardée.

En effet, s'il est démontré que l'auteur d'une infraction peut de bonne foi et en raison de son état cérébral nier cette infraction, et l'oublier définitivement après en avoir fait l'aveu le plus explicite, cet aveu ne lui est évidemment plus opposable et il ne peut être question d'en tenir compte pour apprécier sa responsabilité.

Cependant, la constatation d'une forme quelconque d'amnésie chez un inculpé qu'il examine au point de vue mental fait toujours, et souvent à juste titre, naître dans l'esprit du médecin expert un soupçon de fraude.

C'est qu'en effet l'allégation de la perte du souvenir est un procédé de simulation fort usité chez le criminel vulgaire. Celui-ci, en présence de la gravité de certaines charges et dans l'impossibilité où il se trouve de les écarter, invoque presque instinctivement une amnésie immé-

diffuse et absolue : « Je ne sais pas », répond-il à toutes les questions. « Je ne peux pas expliquer ce qui est arrivé, puisque j'ai tout oublié. »

C'est un moyen facile d'éviter les déclarations compromettantes et aussi de faire naître dans l'esprit des juges, du moins il l'espère, un doute qui ne sauraît que lui profiter.

Au cas de flagrant délit, l'amnésie est parfois simulée dans des conditions particulières. L'auteur de l'infraction n'a pas eu le temps de réfléchir et d'adopter un système de défense. Surpris par les événements, il avouera et fera même connaître les mobiles auxquels il a obéi. C'est seulement plus tard qu'il songe à modifier son attitude. Au cours de l'instruction, il affirmera avec assurance avoir perdu tout souvenir des faits précédemment reconnus par lui.

Il arrive ainsi que les criminels simulent l'amnésie tantôt dès le début, tantôt après avoir fait des aveux.

Dans le premier cas, la possibilité d'un trouble mental s'impose à l'esprit du juge qui charge un expert d'apprécier la réalité et les conséquences de l'absence de mémoire invoquée par l'inculpé.

Dans le second cas, qui nous intéresse tout particulièrement, la perte du souvenir survenant à la suite des aveux peut être considérée facilement par les magistrats non comme la manifestation d'un trouble psychique, mais comme un phénomène plus que suspect dont il n'y a lieu de faire état que pour refuser toute indulgence à l'accusé.

Et comment en serait-il autrement lorsque des médecins légistes de la valeur de BROUARDEL, MAGNAN et GARNIER déclarent qu'une telle amnésie ne peut être de

nature comitiale et qu'elle est au contraire une preuve patente de simulation et de fraude.

Mais il paraît essentiel de ne pas perdre de vue que l'amnésie peut être réelle malgré les caractères à première vue suspects qu'elle présenterait. Et nous estimons que cette possibilité impose à ceux qui sont chargés d'administrer la justice le devoir de confier à des experts le soin de déterminer l'origine de l'amnésie invoquée par le prévenu. Ceux-ci, sans négliger aucun symptôme, ne devront jamais manquer d'envisager l'hypothèse d'une amnésie épileptique retardée, dont le diagnostic fera l'objet du chapitre suivant.

---



## CHAPITRE VI

### **Caractères qui différencient l'amnésie retardée épileptique de l'amnésie retardée simulée**

Quels sont maintenant les signes permettant de différencier une amnésie retardée épileptique, d'une absence de mémoire tardivement alléguée dans un but intéressé et plus ou moins adroitement simulée ? Quelle valeur peut-on attribuer à ces signes ?

Leur étude comprend :

- 1° L'examen des troubles de la mémoire ;
- 2° Le diagnostic de l'état morbide dont l'amnésie est la conséquence, puisque l'amnésie n'est jamais qu'un symptôme.

#### *1° Examen des troubles de la mémoire*

a) Nous avons vu sous le chapitre IV que l'amnésie épileptique était le plus souvent une amnésie postcrépuleuse. Il résulte des faits exposés dans ce chapitre que si la période comprise entre le paroxysme et le moment où apparaît l'amnésie est remplie par un état crépusculaire, ou plus simplement, si le sujet délire ou apparaît avec un esprit anormal aussi longtemps que persistent ses souvenirs, nous pourrions penser déjà que son amnésie est réelle.

Cependant, dans le cas où l'inculpé semble tout à fait lucide au moment où il fait des aveux, nous ne croyons pas être en droit d'affirmer qu'il est un simulateur, puisqu'un malade qui est encore en proie à un délire anxieux peut quelquefois paraître normal (Voir Obs. IV).

b) Un autre caractère pathologique important de cette amnésie est la netteté de la coupure dans la mémoire : le malade a gardé le souvenir des événements qui se sont déroulés jusqu'à un moment bien déterminé. Après, c'est le vide absolu.

Au contraire, il est rare que le simulateur ne trouve pas l'occasion de placer quelque souvenir là où il ne pourrait plus y en avoir chez l'épileptique.

c) L'amnésie une fois installée constitue un état. Elle est aujourd'hui ce qu'elle était hier, ce qu'elle sera demain. D'où la nécessité de nombreux examens de l'inculpé, pratiqués à un certain intervalle. L'inculpé peut, au cours d'un interrogatoire, prétendre avoir oublié des faits qu'il avait racontés quelque temps auparavant, ou au contraire donner des détails dont il n'avait pas encore parlé ; il est pris en flagrant délit et se trouve presque fatalement amené à faire l'aveu de sa supercherie.

Il faut cependant tenir compte ici de l'existence de l'état second épileptique : au cours d'un nouvel accès de petit mal, un malade peut retrouver le souvenir des vertiges précédents, pour tout oublier lorsque cet accès est terminé. Mais alors on se trouve en présence d'un individu dont l'état pathologique ne peut être méconnu.

d) L'aveu de la fraude semble devoir entraîner la conviction de l'expert. Toutefois, PERRET, dans sa thèse, fait observer que certains aliénés prétendent devoir leur internement à une simulation. « Amour propre bien spécial

à un certain milieu, ces malades préférant se larguer de malice que de troubles mentaux. »

Nous ne pensons pas qu'il y ait là une cause d'erreur bien sérieuse. Le véritable épileptique aura beau affirmer qu'il se souvient de tout ce qui s'est passé, il lui sera bien difficile de faire un récit à la fois détaillé et vraisemblable d'un événement qu'il ne connaît que parce qu'il l'a entendu raconter. Il se trompera notamment dans les indications de temps ou de circonstances du fait.

*2° Diagnostic de l'état morbide dont l'amnésie  
est la conséquence*

Ce diagnostic comporte :

- a) La recherche des antécédents pathologiques ;
- b) L'examen physique du sujet ;
- c) L'analyse de toutes les circonstances qui ont précédé, accompagné ou suivi l'accomplissement de l'acte incriminé.

a) Les antécédents épileptiques ont une valeur qu'il convient de ne pas diminuer, mais on commettrait une grave imprudence, on s'exposerait aux plus lourdes erreurs, en se basant sur leur présence ou leur absence pour affirmer qu'une amnésie est la conséquence d'un état pathologique, ou qu'elle est le résultat d'un système de défense.

Ce serait une faute de rattacher à l'épilepsie un acte qui ne présente pas les caractères spécifiques de la folie épileptique, sous le prétexte que l'individu qui s'en est rendu coupable a des antécédents comitiaux certains. D'autre part, il faut se garder d'écarter du « morbus sacer » des états qui, par leur évolution et leur nature,

s'y rattachent manifestement, en s'appuyant sur ce fait que les anamnétiques ne mentionnent l'existence d'aucun phénomène pathologique antérieur.

De nombreux malades, en effet, n'ont durant toute leur vie que des attaques classiques d'épilepsie convulsive sans présenter à aucun moment de troubles mentaux caractérisés. On voit de même certains comitiaux, qui n'ont jamais présenté de tels accidents, qui n'ont jamais eu ni absence ni vertige, être subitement atteints d'un accès de folie épileptique.

C'est pour cette raison que les antécédents du malade, si instructifs qu'ils puissent être, ne constitueront jamais la clef de voûte du diagnostic.

b) L'examen physique offre un intérêt de même ordre. Il pourra nous dire si le sujet est ou n'est pas un épileptique, mais il ne saurait nous renseigner sur sa mentalité au moment où il a enfreint la loi pénale.

c) C'est la nature même de l'acte incriminé, c'est l'analyse minutieuse de toutes les circonstances qui ont précédé, accompagné ou suivi son accomplissement, qui révéleront au médecin expert l'état mental véritable de l'inculpé aux différentes périodes de l'action.

Chez l'épileptique, la préméditation n'existe pas. Pour illustrer cette règle, nous prendrons un exemple dans l'observation I : N... tenait son couteau à la main parce qu'il mangeait un morceau de pain. Rencontrant par hasard un voisin, il le frappa avec cette arme. Plus tard, le même malade, au cours d'une légère discussion, prit une pelle à feu qui se trouvait à sa portée et s'en servit pour tuer sa mère.

Il y a à cette règle des exceptions apparentes : ainsi, dans l'observation III, nous voyons Ch... se rendre le

matin de son crime chez un armurier, et acheter un revolver dont il se fait expliquer le maniement.

Mais ici la préméditation ne ressemble pas à celle d'un assassin : Ch... se procure une arme beaucoup trop faible pour l'usage auquel il la destine, et le moment où il tente de tuer son compagnon est aussi mal choisi que possible.

Une autre caractéristique de la nature comitiale d'une impulsion réside dans l'absence de précautions pour assurer l'anonymat de l'infraction commise : Ch... a soin de prévenir une personne rencontrée dans le couloir, qu'il va faire du bruit. Dans l'observation I, N... se soucie fort peu qu'une voisine assiste à la scène du meurtre.

Le crime accompli, cette même insouciance subsiste : telle cette mère qui, croyant avoir asphyxié son enfant, sonne le garçon de l'hôtel et le prie d'aller chercher la police (Obs. VI).

— L'absence de motifs, ou en tout cas une grande disproportion entre la gravité de l'acte et la cause qui l'a provoqué, sont faits d'observation courante au cours des accès d'épilepsie psychique.

Toutefois, l'épileptique avoue souvent avoir obéi à un mobile passionnel, et nous avons vu page 33, observation III, combien il fallait se mettre en garde contre les déclarations de malades qui, après avoir commis un acte en état d'inconscience, cherchent à l'expliquer en inventant au besoin une histoire de toutes pièces.

La gravité et la multiplicité des blessures, la férocité et la sauvagerie avec lesquelles elles ont été portées sont aussi très significatives.

Ces constatations seraient suffisantes pour autoriser à avancer qu'un acte a été commis sous l'influence d'un vertige comitial. Mais il est un symptôme dont la pré-

sence est presque pathognomonique : le délire anxieux postparoxystique, analogue à celui que l'on observe après des manifestations épileptiques bien caractérisées (stéréotypées). Il consiste par exemple dans : la peur de la mort dans l'enfer, la crainte d'être assassiné ; et s'accompagne fréquemment d'hallucinations des différents organes des sens, soit que le malade voit l'approche concentrique d'une foule menaçante ou entende des bruits qui l'épouvantent, soit qu'il perçoive des odeurs désagréables ou des saveurs empoisonnées.

Le diagnostic de l'amnésie non simulée sera donné en cas de doute par une observation un peu prolongée de l'inculpé, si les renseignements recueillis ne sont pas assez probants : on se rappellera que chez beaucoup de malades l'épilepsie se traduit par des troubles stéréotypés quant à leur durée (de quelques instants à plusieurs jours) et quant à la forme, troubles stéréotypés précédant ou suivant une crise convulsive ou un vertige, ou en paraissant indépendants (équivalents) ; on verra si, dans ces périodes stéréotypées, se produisent facilement des tendances à des actes analogues à celui qui a motivé une action judiciaire et si, dans ces périodes, on trouve aussi des indices de conscience temporaire un peu affirmée, c'est-à-dire de souvenir temporaire après lequel vient l'amnésie définitive.

En résumé, l'étude des troubles de la mémoire, la recherche des antécédents et l'examen physique du sujet ne donnent le plus souvent au médecin expert que des signes de présomption, et c'est l'analyse minutieuse des circonstances qui ont entouré l'exécution de l'acte incriminé qui lui permet de poser en toute conscience un diagnostic de certitude.

## CHAPITRE VII

### CONCLUSIONS

1) L'amnésie épileptique retardée s'observe rarement, mais sa réalité est indiscutable. Le plus souvent, c'est une amnésie simple postcrépusculaire.

2) L'amnésie survenant après des aveux ne saurait suffire à établir la simulation.

3) En présence d'un inculpé qui allègue une amnésie retardée, le devoir du magistrat est de confier à des experts le soin d'étudier cette amnésie et d'apprécier la responsabilité du coupable. Les experts doivent envisager l'hypothèse d'une amnésie épileptique retardée.

4) L'étude d'une telle amnésie peut nécessiter de nombreux examens et une observation prolongée.

5) L'existence certaine d'antécédents et de stigmates épileptiques chez un inculpé qui invoque tardivement la perte du souvenir de ses actes, est un signe de présomption en faveur de la nature comitiale de cette amnésie, et non un signe de certitude.

6) C'est surtout l'analyse de toutes les circonstances

qui ont précédé, accompagné ou suivi l'accomplissement de l'acte incriminé qui permet au médecin expert de poser un diagnostic de certitude. La constatation de troubles mentaux stéréotypés est une preuve absolue de la nature épileptique du paroxysme, et l'étude comparative des stéréotypies peut donner une conclusion précise quant au caractère de l'amnésie.

Vu :

Nancy, le 6 février 1922.

*Le Président de la thèse,*

P. HAUSHALTER.

Vu :

Nancy, le 7 février 1922.

*Le Doyen,*

E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 7 février 1922.

*Le Recteur de l'Académie,*

Ch. ADAM.

*Membre de l'Institut.*

---

## BIBLIOGRAPHIE

- ALGERI. — Aliénés épileptiques criminels (*Arch. de Neurologie*, 1900).
- ALZHEIMER. — *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1897, Vol. LIII.
- BALLËT (G.). — Amnésie et épilepsie (*Journal des Praticiens*, 1915, XXIX, p. 305).
- *Traité de Pathologie mentale*.
- BEHARGNE (P.). — *Etude sur l'épilepsie traumatique*. Thèse Paris, 1919-1920.
- BENON. — Les amnésies (*Gazette des Hôpitaux*, 1908, 67).
- Observations du Service du Professeur G. Ballet (*Gazette des Hôpitaux*, 1909).
- BERGES. — *Les troubles psychiques dans l'Epilepsie*. Thèse Toulouse, 1909-1910.
- BERNHEIM. — Contribution à l'étude de la cécité psychique des mots et des choses (*Arch. int. Neurol.*, 1914, 12-1).
- BILLOD. — *Annales Médico-Psychologiques*, 1873, p. 309.
- BRISSOT. — Etat mental des épilepsies (In *Psychiatrie*, Sergent, 1921).
- BROUARDEL. — *Traité de Médecine légale*.
- Les exhibitionnistes (*Gaz. des Hôpitaux*, 1877).
- CAMUS (P.). — Les équivalents psychiques de l'épilepsie (*Clinique Montréal*, 1912-1913, p. 483).
- CHRISTIAN. — Epilepsie (*Folie épileptique*, 1890, p. 128 et suiv.).
- DROMARD et DELMAS. — Amnésie dite retardée (In *Journal de Médecine légale psychiatrique*, n° 6, 1906).

- DROMARD et LEVASSORT. — *L'amnésie au point de vue sémiologique et médico-légal*, 1909.
- DUBUISSON et VIGOUROUX. — *Responsabilité légale et folie*, 1911.
- DUCASTÉ. — *De l'Epilepsie consciente et mnésique*. Thèse Bordeaux, 1899).
- Les songes d'attaque des épileptiques (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1899).
- A propos de l'épilepsie consciente et mnésique (*Annales Médico-Psychologiques*, 1920).
- ESQUIROL. — *Maladies mentales*, 1838.
- FALRET. — *Dictionnaire des Sciences médicales*, article Amnésie.
- FÉRÉ. — *L'épilepsie et les épileptiques*, 1890.
- GALVAING. — *Contribution à l'étude de la conscience et de la mémoire dans l'épilepsie*. Thèse Toulouse, 1911.
- GARNIER. — Rapport médico-légal de Brouardel, Magnan et Garnier (In *Ann. d'Hygiène et de Médecine légale*, 1902).
- Des impulsions irrésistibles des épileptiques (Congrès de Médecine mentale, Bordeaux, 1895).
- Sur les fugues épileptiques (*Semaine médicale*, août 1895).
- L'anxiété impulsive au point de vue médico-légal (*Revue de l'Hypnotisme exp. et therap.*, I).
- Les amnésies (*Bulletin médical*, janvier 1905).
- GUIBERT. — *Condamnation à mort d'un dégénéré impulsif*.
- HENOCQ. — *La conscience dans l'épilepsie*. Thèse Lille, 1894.
- HAUSHALTER. — Amnésie commotionnelle rétrograde subitement supprimée par une émotion (*Rev. Neurol.*, 1918).
- KOEPPEN. — *Charité annalen*, 1899 (Bd. 11, p. 218 et suiv.).
- KOWALEWSKY. — L'épilepsie au point de vue clinique et médico-légal (*Ann. méd. psychol.*, 1898-1).
- *Analyses psychiatriques médico-légales*, tome I.
- KRAFFT EBBING. — *Lehrbuch für psychiatrie*, 1883.
- *Gerichtliche psychopathologie* (2<sup>e</sup> éd., p. 265 et suiv.).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Sémiologie du rêve (*Gaz. des Hôpitaux*, décembre 1910).
- LAURENT. — *Arch. clin. de Méd. mentale*, 1861.

- LEGRAIN. — Négativisme mnésique systématique chez un dément (*Rev. de Neurol.*, 1918).
- LEGRAND DU SAULLE. — *Etude médico-légale sur les épileptiques*. Paris, 1877.
- Les maladies de la mémoire (*Gaz. des Hôp.*, 1884).
- MAGNAN. — De la coexistence de plusieurs délires différents chez le même aliéné (*Arch. de Neurol.*, 1880).
- *Leçons cliniques sur l'épilepsie*, Paris, 1893.
- Les délires systématisés dans les différentes psychoses (*Arch. de Neurol.*, 1894).
- MAGNAN et LEGRAIN. — *Les dégénérés*, 1895.
- MAIRET. — *La simulation de la Folie*, 1908.
- MARCHAND (L.). — *Manuel de Médecine mentale*, 1908.
- MAUDSLEY. — *Le Crime et la Folie*, 1877.
- MARCHAND et PETIT. — Crises conscientes et mnésiques d'épilepsie convulsive. Compte rendu de la Soc. clin. de Méd. ment. (*P. M.*, nov. 1912).
- MARTINOT (E.). — Conscience partielle et amnésie retardée dans les absences épileptiques (*Ann. méd. psychol.*, déc. 1921).
- MAXWELL. — L'amnésie au point de vue médico-légal (*Ann. d'Hygiène et de Médecine légale*).
- *L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'Epilepsie*. Thèse Bordeaux, 1902.
- NOACK. — Über retardierte amnésie (*Char. annalen*, Berlin, 1911, XL).
- OTTOLENGHI. — Epilepsia psychica (*Rivista speriment. di Frenatria*, 1890-1891).
- PARANT. — Des impulsions irrésistibles des épileptiques (Congrès de Médecine mentale, 1895).
- PERRET. — *Contribution à l'étude de l'amnésie simulée*. Thèse Bordeaux, 1919.
- PERRIN (M.). — *Des Polynévrites* (Baillière, 1901), p. 41 à 48.
- RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie*.
- RÉMOND et FONTAINE. — Impulsions et délire conscient chez les épileptiques (*Arch. d'Anthr. criminelle*, Lyon et Paris, 1911).

REYNIER, MONESTIER et VERNET. — Amnésie et folie simulées.

Somnambulisme provoqué (*Ann. méd. psych.*, 1909).

RIBOT. — *Maladies de la mémoire*, 1881.

ROGUES DE FURSAC. — *Manuel de Psychiatrie*, 1917.

ROUSSY et LHERMITTE. — *Psychonévroses de guerre*, 1917.

SAMT. — *Archiv. für Psychiatrie*, Vol. 5.

SANZ. — Signification de l'amnésie dans le diagnostic rétrospectif des troubles de la conscience (*Sieglo. Méd. Madrid*, 1915).

SÉGLAS. — *Traité de Pathologie mentale* de G. Ballet.

SOLLIER. — *Guide pratique des Maladies mentales*.

SOMMER. — Rapport médico-légal (In *Vierteljahreschrift f. Gericht. Méd.*, 1884).

STRASSMANN. — *Vierteljahreschrift für Gerich Méd.* (3<sup>e</sup> édition, page 80).

TAMBUROINI. — L'amnésie n'est pas le caractère constant de l'épilepsie larvée (*Rivista Sperimentale di Frenatia*, 1878).

TROUSSEAU. — Leçons sur l'épilepsie (*Clin. Méd.*, tome II).

VALLON. — De la responsabilité des épileptiques (*Ann. d'Hyg. publ. et méd.-légale*).

VEDRAIN. — *Questioni sull Epilepsia*, 1912.

VERNET. — In *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1901.

VIBERT. — *Précis de Médecine légale*.

VOISIN. — Art. amnésie (*Nouveau Dictionnaire médical et chirurgical pratique*, tome II).

— Des impulsions irrésistibles des épileptiques (Congrès de Médecine mentale, 1895).

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION.....                                                                                                 | 5  |
| CHAPITRE PREMIER. — Historique.....                                                                               | 9  |
| CHAPITRE II. — Exposé des idées de Brouardel, Magnan et<br>Garnier sur la question .....                          | 15 |
| CHAPITRE III. — Observations et commentaires.....                                                                 | 21 |
| CHAPITRE IV. — L'amnésie retardée est le plus souvent une amnésie<br>simple posterépuseculaire....                | 49 |
| CHAPITRE V. — Importance de l'amnésie retardée au point de vue<br>médico-légal.....                               | 55 |
| CHAPITRE VI. — Caractères qui différencient l'amnésie retardée<br>épileptique de l'amnésie retardée simulée ..... | 59 |
| CHAPITRE VII — Conclusions. ....                                                                                  | 65 |
| BIBLIOGRAPHIE.. ..                                                                                                | 67 |

---





